

**COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS EM
ESTUDANTES DE ENFERMAGEM:
IMPLICAÇÕES DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
INTERVENÇÃO NO SABER FAZER RELACIONAL**

ROSA CRISTINA CORREIA LOPES

Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem

Porto, 2012

ROSA CRISTINA CORREIA LOPES

**COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS EM ESTUDANTES DE
ENFERMAGEM:**

**IMPLICAÇÕES DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NO
SABER FAZER RELACIONAL**

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em
Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto
de Ciências Biomédicas Abel Salazar da
Universidade do Porto.

Orientador:

Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Professor Adjunto

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Co-orientadora:

Doutora Zaida de Aguiar Sá Azeredo

Professora Auxiliar Convidada

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
da Universidade do Porto.

Este projecto beneficiou da atribuição da Bolsa de Formação Avançada (PEst-OE/SAU/UI0742/2011) do Programa de apoio à formação avançada de docentes do Ensino Superior Politécnico (PROTEC 2009) da Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

AGRADECIMENTO

A realização deste trabalho só foi possível com a colaboração de várias pessoas e instituições que, direta ou indiretamente, contribuíram para a sua concretização e às quais queremos expressar o nosso profundo e sincero agradecimento:

Ao Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues, meu orientador, pela disponibilidade, compreensão das nossas dúvidas e preocupações, ensinamentos e saberes que connosco partilhou.

À Professora Doutora Zaida de Aguiar Sá Azeredo, minha coorientadora, pela disponibilidade, pertinência dos seus contributos e críticas e pelo modo interessado com que nos acompanhou.

À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra pelos diversos apoios e especialmente por ser instituição de acolhimento da Bolsa de Formação Avançada (PEst-OE/SAU/UI0742/2011) atribuída pelo Programa de apoio à formação avançada de docentes do Ensino Superior Politécnico (PROTEC 2009) da Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

A todos os estudantes do 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem que aceitaram participar nesta investigação, e em particular aos estudantes que constituíram o Grupo Experimental, pela disponibilidade, interesse e participação ativa no programa de intervenção.

Aos colegas e amigos pela disponibilidade na partilha de reflexões e saberes, importantes em diferentes momentos deste trabalho.

À minha família pelo apoio e compreensão demonstrados ao longo desta caminhada.

SIGLAS

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

EC – Ensino clínico

GC – Grupo de controlo

GE – Grupo experimental

ICAC – Inventário Clínico de Autoconceito

ICAS – Interpersonal Communication Assessment Scale

ICRA – Inventário de Competências Relacionais e de Ajuda

QSDCE – Questionário Sociodemográfico e do Curso de Enfermagem

RAS – Escala de Assertividade de Rathus

TAS – Escala de Alexitimia de Toronto

TPC – Tarefas para casa

PUBLICAÇÕES E COMUNICAÇÕES DOS RESULTADOS DA TESE

ARTIGOS EM REVISTAS INTERNACIONAIS

Lopes, R., Azeredo, Z., & Rodrigues, R. (no prelo). Interpersonal Communication Assessment Scale: psychometric study of the Portuguese version. *Journal of Professional Nursing*.

Lopes, R., Azeredo, Z., & Rodrigues, R. (2012). Competências relacionais: necessidades sentidas pelos estudantes de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), 1081–1090.

Lopes, R., Azeredo, Z., & Rodrigues, R. (2011). Desenvolvimento de competências pessoais e sociais em estudantes de enfermagem como promotor do êxito em Ensino Clínico. *Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(3), 245–254.

ATAS DE ENCONTROS CIENTÍFICOS

Lopes, R., Azeredo, Z., & Rodrigues, R. (2011). Cuidar-se para Saber Cuidar – Programa de intervenção com estudantes de enfermagem. *Referência*, III Série, Suplemento, (2), 120.

Lopes, R., Rodrigues, R., & Azeredo, Z. (2010). Interpersonal Communication Assessment Scale (ICAS): preliminary study of the Portuguese version in nursing students context. *Book of Abstracts International Conference on Communication in Healthcare 2010*, 129.

Rodrigues, R., Lopes, R., & Azeredo, Z. (2010). Portuguese version of the Interpersonal Communication Assessment Scale: preliminary validation study. *Book of Abstracts 14th International Nursing Research Conference*, 252–253.

COMUNICAÇÕES ORAIS

Lopes, R., Azeredo, Z., & Rodrigues, R. (2011). Care to Know Care: Development of social skills with Portuguese nursing students. 22nd International Nursing Research Congress – Leading the Global Practice Research Interface in the New Millennium, Sigma Theta Tau Honor Society of Nursing. Cancun, México.

Lopes, R., Azeredo, Z., & Rodrigues, R. (2011). Desenvolvimento de competências pessoais e sociais em estudantes de enfermagem como promotor

do êxito em Ensino Clínico. XVIII Congreso Internacional INFAD "Desafíos y perspectivas actuales de la Psicología", Asociación de Psicología Evolutiva de la Infancia, Adolescencia, Mayores y Discapacidad. Roma, Itália.

Lopes, R., Azeredo, Z., & Rodrigues, R. (2011). Cuidar-se para Saber Cuidar – Programa de intervenção com estudantes de enfermagem. XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem, Associação Latinoamericana de Escolas e Faculdades de Enfermagem; ESEnfC e UICISA-E. Coimbra.

Rodrigues, R., Lopes, R. & Azeredo, Z. (2010). Portuguese version of the Interpersonal Communication Assessment Scale: preliminary validation study. 14th International Nursing Research Conference, Instituto Carlos III. Unidad de coordinación y desarrollo de Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Burgos, Espanha.

COMUNICAÇÕES EM POSTER

Lopes, R., Rodrigues, R., & Azeredo, Z. (2010). Validation study of the Interpersonal Communication Assessment Scale (ICAS) in nursing students Portuguese. Nordic Conference of Mental Health Nursing, Finnish Nurses Association. Helsinquia, Finlândia.

Lopes, R., Rodrigues, R., & Azeredo, Z. (2010). Interpersonal Communication Assessment Scale (ICAS): preliminary study of the Portuguese version in nursing students context. International Conference on Communication in Healthcare, European Association for Communication in Healthcare. Verona, Itália.

RESUMO

A literatura científica evidencia a importância das competências relacionais para a qualidade dos cuidados de enfermagem e os ganhos resultantes da implementação de programas de intervenção, constatando-se a ausência de estudos centrados no desenvolvimento de competências relacionais em estudantes de enfermagem e/ou enfermeiros.

Esta investigação teve como objetivo principal conceber, implementar e avaliar um programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais nos estudantes de enfermagem de modo a incrementar as competências relacionais no Cuidar em Enfermagem durante o ensino clínico.

A metodologia foi sustentada num desenho e método quasi-experimental, com carácter longitudinal, que utilizou as componentes de pesquisa quantitativa e qualitativa e permitiu avaliar o processo, os resultados e o impacto do programa de intervenção em estudantes de enfermagem ($n=104$; grupo de controlo=42, grupo experimental=62). A investigação foi constituída por quatro estudos: um estudo preparatório de aferição e validação de um dos instrumentos e, três estudos referentes, respetivamente, à avaliação antes e após a intervenção e à avaliação de follow-up. Utilizou para recolha de dados: questionário de dados sociodemográficos e do Curso de Enfermagem; Escala de Alexitimia de Toronto; Inventário Clínico de Autoconceito; Escala de Assertividade de Rathus; Inventário de Competências Relacionais de Ajuda; Escala de Avaliação da Comunicação Interpessoal; Ficha de avaliação de necessidades relacionais; Ficha de avaliação inicial e expectativas do programa; Ficha de avaliação da sessão e Ficha de avaliação global do programa.

Os resultados evidenciam melhoria na aceitação social, autoeficácia, maturidade psicológica e autoconceito; aumento da assertividade; diminuição da dificuldade em identificar e descrever sentimentos e da alexitimia. Os efeitos positivos são extensivos às competências relacionais de ajuda (competências genéricas; de comunicação e empática) e à comunicação interpessoal (advocacia e uso terapêutico de si próprio).

Conclui-se que o programa “Cuidar-se para Saber Cuidar” é uma intervenção adequada no desenvolvimento do autoconceito, da assertividade e diminuição da alexitimia, com implicações no adequado desenvolvimento das competências relacionais de ajuda e da competência de comunicação interpessoal em Enfermagem.

ABSTRACT

The scientific literature underlines the importance of relational skills in the quality of nursing care and the gains resulting from the implementation of intervention programs. There is a lack of studies focused on the development of relational skills in nursing students and/or nurses.

This research study aimed to design, implement and assess a program for the development of personal and social skills in nursing students so as to improve the relational skills in the provision of Nursing Care during the clinical practice.

A longitudinal quasi-experimental study was developed using the components of quantitative and qualitative research to assess the process, the findings and the impact of the intervention program on nursing students ($n=104$; control group=42, experimental group=62). The research included four studies: a preliminary study to assess and validate one of the instruments, and three other studies to assess data before and after the intervention and a follow-up study. Data were collected using: the Sociodemographic and Nursing Degree Questionnaire; the Toronto Alexithymia Scale; the Clinical Self-Concept Inventory; the Rathus Assertiveness Scale; the Helping Relational Skills Inventory; the Interpersonal Communication Assessment Scale; a relational needs assessment sheet; a preliminary evaluation and program expectations sheet; session evaluation sheet; and overall program evaluation sheet.

Results show an improvement in social acceptance, self-efficacy, psychological maturity and self-concept; an increase of assertiveness; a decrease in the difficulty in identifying and describing feelings, and decrease in alexithymia. These positive effects are also felt in the helping relational skills (generic skills; communication skills and empathy) and interpersonal communication (advocacy and therapeutic use of self).

It can be concluded that the program *Cuidar-se para Saber Cuidar* ("Caring for Oneself to Know How to Care") is an appropriate intervention to develop self-concept, assertiveness and decrease in alexithymia, with an impact on the adequate development of helping relational skills and interpersonal communication skills in Nursing.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	29
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	33
CAPÍTULO I – HABILIDADES E COMPETÊNCIA(S) SOCIAL(IS)	35
1. CONCEITO E DESENVOLVIMENTO.....	37
2. COMPONENTES	40
3. GÊNESE	40
4. CLASSIFICAÇÃO	42
5. RELAÇÕES INTERPESSOAIS/COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL	43
6. ASSERTIVIDADE	45
7. EMPATIA	48
8. PROGRAMAS DE APRENDIZAGEM DE HABILIDADES/COMPETÊNCIAS SOCIAIS	50
CAPÍTULO II – AUTOCONCEITO	53
1. CONSTRUTO DO AUTOCONCEITO: CONCEPTUALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO	53
2. CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS: CONTEÚDO E ESTRUTURA	58
3. AVALIAÇÃO E ALGUMAS IMPLICAÇÕES EDUCACIONAIS, SOCIAIS E CLÍNICAS	63
CAPÍTULO III – EMOÇÕES E ALEXITIMIA	67
1. EMOÇÕES	68
2. CONSTRUTO DE ALEXITIMIA E SEU DESENVOLVIMENTO	70
3. BASES ETIOLÓGICAS.....	74
4. CLASSIFICAÇÃO	82
5. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	83
6. INTERVENÇÃO	86
CAPÍTULO IV – HABILIDADES SOCIAIS E COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM	89
1. HABILIDADES SOCIAIS E PROFISSÃO	89
2. CUIDAR EM ENFERMAGEM	91
2.1. Conceções teóricas em Enfermagem	92
2.2. Evidências da prática de Enfermagem	96
3. COMPETÊNCIAS RELACIONAIS	104
3.1. Comunicação interpessoal	106
3.2. Relação de ajuda e empatia	112

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	117
CAPÍTULO I – METODOLOGIA	119
1. PROBLEMÁTICA	119
2. FINALIDADE E OBJETIVOS	120
3. HIPÓTESES	121
4. POPULAÇÃO E AMOSTRA	122
5. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	123
6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	126
7. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	127
8. TRATAMENTO DE DADOS	132
CAPÍTULO II – ESTUDO PREPARATÓRIO: VALIDAÇÃO E AFERIÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA INTERPERSONAL COMMUNICATION ASSESSMENT SCALE (ICAS)	135
1. METODOLOGIA	135
1.1. Instrumento	136
1.2. Procedimento	137
1.3. Amostra	138
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	139
3. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	144
CAPÍTULO III – ESTUDO 1: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PESSOAIS, SOCIAIS E RELACIONAIS DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM	147
1. METODOLOGIA	147
1.1. Amostra	147
1.2. Procedimento	148
1.3. Instrumentos de recolha de dados	148
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	149
2.1. Caracterização e competências pessoais e sociais	149
2.2. Competências relacionais	158
CAPÍTULO IV – ESTUDO 2: CONCEÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PESSOAIS, SOCIAIS EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM	169
1. CONCEÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO	169
1.1. Conteúdos e organização das sessões	170
1.2. Estratégias e técnicas utilizadas	178
2. METODOLOGIA	179
2.1. Amostra	179

2.2. Procedimento	180
2.3. Instrumentos de recolha de dados	180
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	181
3.1. Expectativas do programa	181
3.2. Avaliação das sessões	188
3.3. Avaliação global do programa	196
3.4. Antes e depois: os resultados do programa	203
CAPÍTULO V – ESTUDO 3: AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PESSOAIS, SOCIAIS E RELACIONAIS DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO	209
1. METODOLOGIA	209
1.1. Amostra	209
1.2. Procedimento	209
1.3. Instrumentos de recolha de dados	210
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	210
CAPÍTULO VI – ANÁLISE COMPARATIVA INTER-ESTUDOS	219
1. COMPARAÇÃO ENTRE O ESTUDO 1 E ESTUDO 2	219
2. COMPARAÇÃO ENTRE O ESTUDO 2 E ESTUDO 3	220
3. COMPARAÇÃO ENTRE O ESTUDO 1 E ESTUDO 3	221
CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO	225
1. DA METODOLOGIA	225
2. DOS RESULTADOS	238
CAPÍTULO VIII – CONCLUSÕES	251
BIBLIOGRAFIA	259
ANEXOS	285
ANEXO 1 – INTERPERSONAL COMMUNICATION ASSESSMENT SCALE (ICAS)	
ANEXO 2 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS QUANTITATIVO	
ANEXO 3 – FICHA DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES RELACIONAIS	
ANEXO 4 – FICHA DE AVALIAÇÃO INICIAL E EXPECTATIVAS DO PROGRAMA	
ANEXO 5 – FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO	
ANEXO 6 – FICHA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO PROGRAMA	
ANEXO 7 – INVENTÁRIO DE COMPETÊNCIAS RELACIONAIS E DE AJUDA (ICRA)	
ANEXO 8 – VERSÃO PORTUGUESA DA INTERPERSONAL COMMUNICATION ASSESSMENT SCALE	
ANEXO 9 – CONTRATO/COMPROMISSO DE PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA	
ANEXO 10 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – ENFERMAGEM (UICISA-E)	

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Comparação da média, desvio padrão, variação e propriedades psicométricas (confiabilidade do coeficiente alpha de Cronbach) da ICAS e suas dimensões, nas versões original e portuguesa.....	140
Quadro 2 – Confiabilidade do coeficiente alpha de Cronbach's dos itens que constituem a ICAS.....	141
Quadro 3 – Coeficiente de correlação de Pearson em dois tempos (teste-reteste).....	142
Quadro 4 – Testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de esfericidade de Bartlett.....	143
Quadro 5 – Características sociodemográficas da amostra e resultados da aplicação dos testes <i>t</i> para amostras independentes e Qui-quadrado entre o grupo de controlo e o grupo experimental	150
Quadro 6 – Características sociodemográficas da amostra e resultados da aplicação do teste de Qui-quadrado entre o grupo de controlo e o grupo experimental.....	151
Quadro 7 – Características sociodemográficas da amostra e resultados da aplicação do teste de Qui-quadrado entre o grupo de controlo e o grupo experimental.....	153
Quadro 8 – Características da amostra e resultados da aplicação do teste <i>t</i> para amostras independentes entre o grupo de controlo e o grupo experimental.....	154
Quadro 9 – Características da amostra e resultados da aplicação dos testes de Qui-quadrado, Mann-Whitney <i>U</i> e <i>t</i> para amostras independentes entre o grupo de controlo e o grupo experimental	155
Quadro 10 – Resultados da aplicação do teste <i>t</i> para amostras independentes relativo ao autoconceito e suas dimensões no grupo de controlo e no grupo experimental no 1º	

momento de avaliação	156
Quadro 11 – Resultados da aplicação do teste t para amostras independentes relativo à assertividade no grupo de controlo e no grupo experimental no 1º momento de avaliação.....	156
Quadro 12 – Resultados da aplicação do teste de Qui-quadrado relativo à categorização da assertividade no grupo de controlo e no grupo experimental no 1º momento de avaliação.....	157
Quadro 13 – Resultados da aplicação do teste t para amostras independentes relativo à alexitimia e suas dimensões no grupo de controlo e no grupo experimental no 1º momento de avaliação	157
Quadro 14 – Resultados da aplicação do teste de Qui-quadrado relativo à categorização da alexitimia no grupo de controlo e no grupo experimental no 1º momento de avaliação.....	158
Quadro 15 – Resultados da aplicação do teste t para amostras independentes relativo ao autoconceito e suas dimensões entre o grupo de controlo e o grupo experimental antes e depois da intervenção.....	204
Quadro 16 – Resultados da aplicação do teste t para amostras emparelhadas relativo à comparação do autoconceito entre o 1º e o 2º momento de avaliação, no grupo de controlo e no grupo experimental.....	205
Quadro 17 – Resultados da aplicação do teste t para amostras independentes relativo à assertividade entre o grupo de controlo e o grupo experimental antes e depois da intervenção.....	205
Quadro 18 – Resultados da aplicação do teste de Qui-quadrado relativo na categorização da assertividade entre o grupo de controlo e o grupo experimental antes e depois da intervenção.....	206
Quadro 19 – Resultados da aplicação do teste t para amostras emparelhadas relativo à comparação da assertividade entre o 1º e o 2º momento de avaliação, no grupo de controlo e no grupo experimental.....	206
Quadro 20 – Resultados da aplicação do teste t para amostras	

independentes relativo à alexitimia e suas dimensões entre o grupo de controlo e o grupo experimental antes e depois da intervenção.....	207
Quadro 21 – Resultados da aplicação do teste de Qui-quadrado relativo à categorização da alexitimia no grupo de controlo e no grupo experimental antes e depois da intervenção.....	207
Quadro 22 – Resultados da aplicação do teste <i>t</i> para amostras emparelhadas relativo à comparação da alexitimia entre o 1º e o 2º momento de avaliação, no grupo de controlo e no grupo experimental	208
Quadro 23 – Resultados da aplicação do teste <i>t</i> para amostras independentes relativo ao autoconceito e suas dimensões no grupo de controlo e no grupo experimental no 3º momento de avaliação	211
Quadro 24 – Comparação dos resultados, da aplicação do teste <i>t</i> para amostras independentes, relativos ao autoconceito no grupo de controlo e no grupo experimental nos três momentos de avaliação.....	212
Quadro 25 – Resultados da aplicação do teste <i>t</i> para amostras independentes relativo à assertividade no grupo de controlo e no grupo experimental no 3º momento de avaliação.....	212
Quadro 26 – Comparação dos resultados, da aplicação do teste <i>t</i> para amostras independentes, relativos à assertividade no grupo de controlo e no grupo experimental nos três momentos de avaliação.....	213
Quadro 27 – Resultados da aplicação do teste de Qui-quadrado relativo à categorização da assertividade no grupo de controlo e no grupo experimental no 3º momento de avaliação.....	213
Quadro 28 – Comparação dos resultados relativos à categorização da assertividade no grupo de controlo e no grupo experimental nos três momentos de avaliação	214
Quadro 29 – Resultados da aplicação do teste <i>t</i> para amostras independentes relativo à alexitimia e suas dimensões no grupo de controlo e no grupo experimental no 3º momento de avaliação	214

Quadro 30 – Comparação dos resultados, da aplicação do teste t para amostras independentes, relativos à alexitimia entre o grupo de controlo e o grupo experimental nos três momentos de avaliação.....	215
Quadro 31 – Resultados da aplicação do teste de Qui-quadrado relativo à categorização da alexitimia no grupo de controlo e no grupo experimental no 3º momento de avaliação.....	215
Quadro 32 – Comparação dos resultados relativos à categorização da alexitimia no grupo de controlo e no grupo experimental nos três momentos de avaliação	216
Quadro 33 – Resultados da aplicação do teste t para amostras independentes relativo às competências relacionais de ajuda e suas dimensões no grupo de controlo e no grupo experimental no 3º momento de avaliação.....	217
Quadro 34 – Resultados da aplicação do teste t para amostras independentes relativo à comunicação interpessoal e suas dimensões no grupo de controlo e no grupo experimental no 3º momento de avaliação.....	217
Quadro 35 – Resultados da aplicação do teste t para amostras emparelhadas relativo à comparação do autoconceito entre o Estudo 2 e o Estudo 3, no grupo de controlo e no grupo experimental	220
Quadro 36 – Resultados da aplicação do teste t para amostras emparelhadas relativo à comparação da assertividade entre o Estudo 2 e o Estudo 3, no grupo de controlo e no grupo experimental	220
Quadro 37 – Resultados da aplicação do teste t para amostras emparelhadas relativo à comparação da alexitimia entre o Estudo 2 e o Estudo 3, no grupo de controlo e no grupo experimental.....	221
Quadro 38 – Resultados da aplicação do teste t para amostras emparelhadas relativo à comparação do autoconceito entre o Estudo 1 e o Estudo 3, no grupo de controlo e no grupo experimental	222
Quadro 39 – Resultados da aplicação do teste t para amostras emparelhadas relativo à comparação da assertividade	

entre o Estudo 1 e o Estudo 3, no grupo de controlo e no grupo experimental	222
Quadro 40 – Resultados da aplicação do teste t para amostras emparelhadas relativo à comparação da alexitimia entre o Estudo 1 e o Estudo 3, no grupo de controlo e no grupo experimental	223
Quadro 41 – Síntese da comparação do autoconceito, da assertividade e da alexitimia nos três momentos de avaliação no grupo de controlo e no grupo experimental	224

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Categorias, subcategorias, indicadores e unidades de registo e enumeração acerca da opinião dos estudantes sobre as competências essenciais para a qualidade do Cuidar em Enfermagem ($n=62$)	160
Tabela 2 – Categorias, subcategorias e unidades de registo e enumeração sobre as características pessoais que os estudantes consideram facilitadoras da competência de um enfermeiro ($n=62$).....	162
Tabela 3 – Categorias, subcategorias, indicadores e unidades de registo e enumeração acerca da opinião dos estudantes sobre as competências profissionais que o Curso deveria habilitar ($n=62$).....	164
Tabela 4 – Categorias e unidades de registo e enumeração sobre as características e as competências pessoais que os estudantes necessitam dar atenção especial para ser um bom enfermeiro ($n=62$).....	166
Tabela 5 – Categorias e unidades de registo e enumeração sobre as características e as competências pessoais que os estudantes necessitam para melhorar o seu bem-estar pessoal e social ($n=62$)	168
Tabela 6 – Categorias e unidades de registo e enumeração da motivação dos estudantes para aceitar participar no programa ($n=62$)	182
Tabela 7 – Categorias, subcategorias e unidades de registo e enumeração sobre o que os estudantes esperam que ocorra durante o programa ($n=62$).....	183
Tabela 8 – Categorias e unidades de registo e enumeração sobre o que os estudantes gostariam de ter mudado em si no final do programa ($n=62$).....	185
Tabela 9 – Categorias e unidades de registo e enumeração sobre o	

que os estudantes gostariam de ter mudado no seu desempenho do cuidar em enfermagem no final do programa ($n=62$).....	187
Tabela 10 –Categorias e unidades de frequência relativas à avaliação da Sessão 2 ($n=62$)	189
Tabela 11 –Categorias e unidades de frequência relativas à avaliação da Sessão 3 ($n=60$)	190
Tabela 12 –Categorias e unidades de frequência relativas à avaliação da Sessão 4 ($n=62$)	191
Tabela 13 –Categorias e unidades de frequência relativas à avaliação da Sessão 5 ($n=54$)	192
Tabela 14 –Categorias e unidades de frequência relativas à avaliação da Sessão 6 ($n=60$)	193
Tabela 15 –Categorias e unidades de frequência relativas à avaliação da Sessão 7 ($n=59$)	194
Tabela 16 –Categorias e unidades de frequência relativas à avaliação da Sessão 8 ($n=57$)	195
Tabela 17 –Categorias e unidades de frequência relativas à avaliação da Sessão 9 ($n=40$)	196
Tabela 18 –Resultados da avaliação das sessões	197
Tabela 19 –Resultados da avaliação da metodologia utilizada	198
Tabela 20 –Resultados da avaliação do relacionamento.....	198
Tabela 21 –Resultados da avaliação da dinamizadora.....	199
Tabela 22 –Resultados da avaliação da participação do estudante.....	199
Tabela 23 –Resultados da avaliação do espaço físico.....	200
Tabela 24 –Resultados da avaliação geral do programa.....	201
Tabela 25 –Resultados da avaliação do desenvolvimento de competências.....	202
Tabela 26 –Resultados da avaliação do desenvolvimento de competências.....	203

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Estrutura do autoconceito: Modelo multidimensional e hierárquico	60
Figura 2 – Esquema resumo dos diferentes estudos da investigação	219

INTRODUÇÃO

As últimas décadas, fortemente marcadas pela rápida evolução das tecnologias, em especial dos meios de comunicação, trouxeram consigo alterações significativas no modo de comunicar da sociedade atual, traduzidas na facilidade e rapidez de acesso à informação, mas também na fuga ao contacto visual direto, à revelação de expressões faciais, à troca de olhares e por isso na alteração das relações interpessoais.

O Ser Humano passa a maior parte do seu tempo envolvido em alguma forma de relação e comunicação interpessoal, o que torna imprescindível um conjunto de habilidades sociais necessárias à promoção de interações sociais satisfatórias fundamentais e ao desempenho socialmente competente.

As habilidades e a competência social, inicialmente associadas a situações clínicas em Saúde Mental e Psiquiatria, e o seu treino e desenvolvimento utilizado como terapia no tratamento dessas situações, estão hoje assumidamente associadas à prevenção primária, à prevenção secundária e ao desempenho interpessoal, profissional e académico competente, sendo o seu treino e desenvolvimento utilizado como forma de melhoria das capacidades da pessoa.

Atualmente, no contexto científico nacional e internacional, alguma bibliografia empírica, recorrendo ao Treino de Competências Sociais com estudantes do Ensino Superior, realça os ganhos obtidos, não só no relacionamento interpessoal mais gratificante, mas essencialmente no combate ao insucesso académico e na preparação para o mundo do trabalho (Magalhães & Murta, 2003; Del Prette & Del Prette, 2003a; Jardim, 2007; Dias, 2008; Marco, Vessoni, Capelo & Dias, 2010).

Em Enfermagem, a relação e comunicação interpessoal é decisiva para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, uma vez que a própria relação enfermeiro/cliente é o veículo para a relação terapêutica, sendo essencial que o enfermeiro esteja consciente da afetação e impacto dos seus comportamentos na relação com o cliente e família. A construção desta relação enfermeiro/cliente, que se pretende bem-sucedida, é alicerçada nas características pessoais do profissional de saúde, deixando antever que o

autoconceito, a assertividade, a cooperação, a expressão de emoções, a empatia, entre outras, exerçam uma influência significativa nessa relação.

Diversos estudos enfatizam a importância das competências comunicacionais/relacionais dos enfermeiros, mas paralelamente a literatura realça também diversos estudos que apontam as competências comunicacionais/relacionais como principais fontes geradoras de stresse em estudantes de enfermagem e enfermeiros (Daiski, 2004; Gorostidi et al., 2006; Araújo & Silva, 2007).

Contudo, a pesquisa bibliográfica tornou clara a falta de estudos nacionais e internacionais efetuados no sentido do desenvolvimento de competências pessoais e sociais em estudantes de enfermagem, pelo que decidimos avaliar nesta população as “implicações da implementação de um programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais no Saber Fazer Relacional”.

Assim, justificam a escolha e a realização desta investigação: a importância das competências relacionais para a qualidade dos cuidados de enfermagem; a ausência de estudos que promovam o desenvolvimento de competências relacionais em estudantes de enfermagem e/ou enfermeiros; e os ganhos resultantes da implementação de outros programas de intervenção, com outras populações estudantis, cuja atuação depende significativamente da qualidade das relações profissional-cliente.

Esta investigação teve como objetivo avaliar o impacto de um programa de promoção de competências pessoais e sociais, no desenvolvimento de relações interpessoais e de ajuda dos estudantes de enfermagem durante o ensino clínico, no sentido de contribuir para a formação de estudantes de enfermagem, mas também de futuros enfermeiros, na valorização das competências relacionais/relações interpessoais no Cuidar em Enfermagem, contribuindo naturalmente para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao utente, família e comunidade.

A metodologia utilizada para concretizar esta investigação assenta no desenho e método quasi-experimental, permitindo avaliar o processo, os resultados e o impacto do programa, concebido intencionalmente e aplicado numa amostra de estudantes de enfermagem, tendo-se constituído em quatro estudos que se complementam.

A apresentação desta investigação está estruturalmente organizada em duas partes dividindo-se cada uma em capítulos e subcapítulos. A primeira parte é dedicada ao enquadramento conceptual, composta por quatro capítulos, tendo-

se privilegiado a revisão da literatura científica fundamental sobre os temas centrais da investigação.

O Capítulo I aborda os conceitos de habilidades e de competência social, suas componentes e classificação, realçando a comunicação interpessoal, a assertividade e a empatia, competências de elevada importância para a Enfermagem, terminando com uma breve análise sobre a aplicabilidade dos programas de treino de competências sociais.

O Capítulo II, dedicado ao autoconceito, aborda a conceptualização e desenvolvimento, conteúdo e estrutura, valorizando também as implicações educacionais, sociais e clínicas resultantes do desenvolvimento.

O Capítulo III começa por ilustrar a importância das emoções para a vida humana, conceptualiza o conceito de alexitimia, seu desenvolvimento, etiologia e classificação e realça para além dos dados epidemiológicos, algumas intervenções e tratamentos que mostraram eficácia na alexitimia.

O Capítulo IV, dedicado à análise e interligação das habilidades sociais e das competências em Enfermagem, parte da relevância das habilidades sociais para o sucesso académico e profissional, faz alusão a algumas teorias do Cuidar em Enfermagem e relevância das competências relacionais, aludindo a algumas evidências da prática de Enfermagem no sentido do maior desenvolvimento dessas competências.

A segunda parte focaliza-se na investigação empírica, composta por oito capítulos, apresenta o contributo pessoal que resulta desta investigação.

O Capítulo I, dedicado à metodologia, apresenta o problema de investigação, a definição dos objetivos, as hipóteses formuladas, a constituição da amostra, o desenho da investigação, os procedimentos éticos considerados, a organização e descrição dos instrumentos de recolha de dados e o tratamento efetuado dos dados.

No Capítulo II, concerne ao estudo preparatório de validação e aferição para a população portuguesa de um dos instrumentos utilizado, é feita a apresentação e análise dos resultados, sua discussão e conclusões.

Os capítulos III, IV e V correspondem à apresentação e análise dos resultados dos estudos 1, 2 e 3 respetivamente, sendo que no Capítulo IV são também apresentados os conteúdos e estratégias utilizados na conceção do programa de intervenção desenvolvido.

No Capítulo VI faremos uma análise comparativa dos resultados obtidos nos vários estudos.

No Capítulo VII procedemos à discussão da metodologia utilizada e dos resultados obtidos nos vários estudos. Terminamos, apresentando as conclusões desta investigação (Capítulo VIII), lançando algumas sugestões e apresentando algumas propostas para a formação do enfermeiro e para a Enfermagem.

A realização desta investigação teve subjacente a pesquisa bibliográfica em bases de dados nacionais e internacionais e na elaboração e apresentação do seu relatório foram seguidas, genericamente, as normas definidas na 6^a edição do Publication Manual of the American Psychological Association de 2009 e as Regras de Apresentação definidas para as Teses de Doutoramento emanadas pelo Conselho Científico do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

CAPÍTULO I – HABILIDADES E COMPETÊNCIA(S) SOCIAL(IS)

“A comunicação interpessoal é uma parte essencial da actividade humana. Uma vez que praticamente todas as nossas horas em que estamos despertos as passamos em alguma forma de interacção social – com base no um a um ou ao longo de uma variedade de grupos –, o discurso de nossas vidas é determinado, pelo menos parcialmente, pela gama das nossas habilidades sociais.”

Caballo (2009, p. XI)

As relações interpessoais requerem habilidades para que sejam consideradas satisfatórias pelos seus intervenientes. Essas habilidades denominadas habilidades sociais, são determinantes para o bem-estar do indivíduo e essenciais para a concretização de relações interpessoais bem-sucedidas.

O interesse e estudo das habilidades e competência social, originados respetivamente na Psicologia Clínica e Comunitária, são atualmente extensíveis aos mais diversos campos de intervenção em virtude da vasta aplicabilidade dos programas de treino de habilidades sociais, tendo resultado nas últimas décadas no significativo desenvolvimento do corpo de conhecimento produzido acerca das habilidades e competência social.

Neste capítulo, tendo em conta a pluralidade de conceitos, desenvolveremos uma análise conceptual dos termos habilidades sociais e competência social, dando conta dos marcos significativos para a sua génese; apresentaremos as habilidades sociais enfatizando a comunicação, a cooperação, as emoções, a assertividade, a escuta e a empatia, pressupondo por um lado, a sua importância para atingir a competência social e por outro lado, o trabalho desenvolvido nesta investigação. As componentes das habilidades sociais e o treino de habilidades sociais, sua importância e aplicabilidade também merecerão destaque neste capítulo.

Ressalvamos que, tal como iremos constatar, os termos habilidades e competência são conceitos muito próximos, cujas diferenças conceptuais de pormenor, originam frequentemente o seu uso indiferenciado na literatura, pelo que, também aqui, poderemos em alguns momentos recorrer a essa estratégia de utilização como sinónimos, pois se por um lado a competência se refere à componente avaliativa da habilidade, por outro é necessário desenvolver habilidades para se ser competente (Caballo, 2008a, 2008b).

Contudo também na literatura se encontram referências que enfatizam a utilidade da utilização destes distintos termos a fim de distinguir entre comportamentos sociais específicos (habilidades sociais) e o impacto desses comportamentos nos agentes sociais (competência social; Pizzinato & Sarriera, 2003).

Caballo (2008a) referindo-se à origem e desenvolvimento do termo habilidade social, considera que habilidade social e comportamento assertivo ou treino de habilidade social e treino de comportamento assertivo designam praticamente o mesmo conjunto de elementos de tratamento e o mesmo grupo e categorias comportamentais a treinar, defendendo que até prova em contrário estes termos são equivalentes. Os termos habilidades sociais e competência social frequentemente têm sido utilizados como sinónimos, embora mais recentemente surja a intenção de os separar para designar aspetos diferentes no campo das habilidades sociais. Outros autores sustentam que as habilidades sociais compreendem um reportório mais amplo de respostas (Del Prette & Del Prette, 1999; Falcone, 2000) e que a assertividade não esgota a noção de competência social (Matos, 2008).

Diversos estudos e trabalhos de autores de referência nesta área (Bandura 1977, McFall, 1982, Caballo, 2009) discutem e analisam os conceitos de competência social e de habilidades sociais, assinalando a existência de problemas conceptuais sem, contudo, apresentarem uma solução definitiva (Saldaña, Del Prette & Del Prette, 2002). Também as técnicas de avaliação das habilidades sociais têm sido desenvolvidas com base no construto da assertividade (Saldaña et al., 2002). A falta de uma definição universalmente aceite, a diversidade de dimensões e de componentes escolhidas de acordo com a intuição do investigador, a carência de um modelo que guie a pesquisa e de uma teoria geral que englobe a prática, a avaliação e o treino, são as grandes dificuldades actuais no estudo das habilidades e competências sociais (Caballo, 2009).

Apesar destas dificuldades não existem dúvidas, quanto à relevância das habilidades sociais na realização pessoal e profissional, nem quanto à utilidade do treino dessas habilidades (Falcone, 2000).

1. CONCEITO E DESENVOLVIMENTO

O interesse profissional pelas habilidades sociais e competência social foi despoletado por Moreno em 1934. Desde então tem sido intenso o esforço pela definição de habilidades sociais e de competência social (Lopes, Rutherford, Cruz, Mathur & Quinn, 2006).

O conceito de habilidade social tem início na década de setenta, ligado à Teoria da Aprendizagem Social desenvolvida por Bandura, sendo influenciado pelas contribuições do condicionamento clássico e operante (Pavlov); o seu interesse e estudo são impulsionados pela publicação de Alberti e Emmons em 1970 e pela elaboração de programas de treino de habilidades sociais por McFall e Goldstein no início dos anos setenta (Caballo, 2009).

O conceito de competência surge também na década de setenta, embora no âmbito da Psicologia Educacional e da Pedagogia, ganha proeminência na gestão de recursos humanos e na formação profissional (formação de adultos). Este termo é também usado frequentemente na área da saúde em alguns documentos e propostas emanados pela OMS (Jardim, 2007).

O modelo proposto por McFall (1982) considera a competência como um termo avaliador geral, referindo-se à qualidade ou à adequação de atuação total de uma pessoa em determinada tarefa. Se a execução for adequada (não é necessário ser excepcional) a pessoa é avaliada como competente. Já as habilidades são consideradas como capacidades específicas necessárias para executar de forma competente uma tarefa. Estas podem ser inatas ou adquiridas pela prática ou treino. Isto implica que uma pessoa incompetente possa ter algumas habilidades, mas não todas as requeridas para executar uma tarefa de modo competente e que uma pessoa que execute uma tarefa de modo competente tem todas as habilidades necessárias para o fazer (Caballo, 2008a).

Nesta sequência, o termo competência refere-se a uma generalização avaliadora. Já o termo habilidade refere-se a capacidades específicas. Os dois termos, competência e habilidade, são considerados como duas expressões intercambiáveis (McFall, 1982).

O termo social, referindo-se à conduta da pessoa numa perspetiva social, é empregue com uma função de adjetivar, de qualificar os termos competência e habilidade (Caballo, 2008a).

Nas várias definições existentes, embora semelhantes, está presente a noção de que os comportamentos sociais quando executados de forma adequada, se tornam capacidades sociais, que apropriadamente desempenhadas conduzem à competência social geral (Rutherford, Chipman, DeGangi & Anderson, 1992 citado em Lopes et al., 2006).

“Estas capacidades sociais, em conjunto, constituem a competência social, um construto teórico que se diz constituir um juízo sumativo da competência do indivíduo no manejo das habilidades sociais, tal como são avaliadas pelos agentes sociais significativos da vida dessa pessoa” (McFall, 1982 citado em Lopes et al., 2006, p.15).

“Os comportamentos sociais são a componente mais básica da competência social”, são acontecimentos comportamentais descritos como pedir “por favor” ou dizer “obrigado” e, as capacidades sociais (habilidades sociais) são descritos como comportamentos sociais que a pessoa apresenta como resposta a tarefas sociais do dia-a-dia, são por isso mais complexos. No seu conjunto, quando utilizados apropriadamente permitem manter relações sociais positivas e lidar eficaz e adaptativamente com o contexto social alargado (Walker, Colvin & Ramsey, 1995 citado em Lopes et al., 2006, p.14).

As habilidades sociais são definidas como o conjunto dos desempenhos apresentados pelo indivíduo perante as exigências de uma situação interpessoal (Del Prette & Del Prette, 1999).

Alguns autores alertam para o facto de, por vezes, serem usados indiscriminadamente alguns conceitos que não se equivalem, pelo que importa diferenciar o conceito de habilidades sociais, de desempenho social e de competência social. Assim, de acordo com Del Prette e Del Prette (2001, 2008), o termo

habilidades sociais aplica-se à noção de existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais; **desempenho social** refere-se à emissão de um comportamento ou sequência de comportamentos numa situação social qualquer e a

competência social tem um sentido avaliativo que remete aos efeitos do desempenho das habilidades nas situações vividas pelo indivíduo. (p.31)

Ou seja, a habilidade social dá-se a conhecer por meio de respostas manifestas, podendo utilizar-se como estratégia de avaliação a observação comportamental, uma vez que a falta de habilidade social implica geralmente baixa frequência de comportamento hábil (Caballo, 2008a).

Deste modo, referindo-se as habilidades sociais à existência de diferentes classes de comportamentos sociais no reportório do indivíduo que constituem um desempenho social, é a competência social que qualifica a proficiência desse desempenho e que possibilita a sua avaliação através de instrumentos específicos. A competência social é um construto avaliativo, cujos critérios, de acordo com Del Prette e Del Prette (2008, p. 34), são: “consecução dos objetivos de interação, manutenção ou melhoria da autoestima, manutenção ou melhoria da qualidade da relação, maior equilíbrio entre ganhos e perdas entre os parceiros da relação, respeito e ampliação dos direitos humanos básicos”. Apesar de não ser necessária a presença de todos os critérios na mesma situação, quanto maior for o número existente, maior competência social o indivíduo terá. Neste sentido, a competência social é um desempenho social, caracterizado como socialmente competente ou não (Del Prette & Del Prette, 2001; Magalhães & Murta, 2003).

O comportamento socialmente competente é definido por Caballo (2008a, 2009, p. 6) como “um conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo, de modo adequado à situação, respeitando também esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas”.

Constata-se que o conceito de competência social é difícil de definir, tarefa considerada por alguns autores como impossível uma vez que esta está sempre parcialmente dependente de cada situação (Matos & Carvalhosa, 2000). A competência social é um construto multidimensional e interativo uma vez que decorre não só da presença das suas componentes, mas também da interação entre elas (Lemos & Menezes, 2002).

2. COMPONENTES

Também relativamente às componentes da habilidade social os autores não são unânimes, mas valorizam as componentes observáveis do comportamento verbal (iniciar uma conversa, recusar ou elogiar) e não-verbal (contacto visual, expressão facial, gestos, postura, tom de voz), outros valorizam os aspetos cognitivos (crenças, expectativas, autoverbalização) atribuindo a estas a função de definir, organizar e guiar o desempenho social, às primeiras a função de implementar a direção definida pelos processos cognitivos. Contudo, a maioria dos autores não faz esta diferenciação considerando-as como habilidades sociocognitivas (agrupando os dois conjuntos), tendo por base que nas relações interpessoais o processo de perceção e de desempenho observável ocorrem simultaneamente (Del Prette & Del Prette, 2008).

Tal como outros autores, partilhamos a opinião que as habilidades sociais possuem componentes comportamentais (comunicação verbal e não-verbal), cognitivo-afetivas (sentimentos envolvidos na descodificação das exigências interpessoais da situação, na tomada de decisão sobre o desempenho necessário nessa situação e na automonitoria desse desempenho) e fisiológicas (processos sensoriais e de controlo autonómico; Del Prette & Del Prette, 2008; Caballo, 2009).

3. GÉNESE

O modelo defendido por Argyle (1967) e Trower, Bryant e Argyle (1978) considera que o comportamento social é adquirido como qualquer comportamento motor. Tal como andar de bicicleta é uma competência motora, relacionar-se com os outros é uma competência social (Caballo, 2008a, 2008b).

Acerca do desenvolvimento e aprendizagem das habilidades sociais, Magalhães e Murta (2003) referem que estes podem ocorrer ao longo de todo o ciclo vital e em diversos contextos. Na infância, são determinantes as práticas educativas parentais (estratégias de controlo, modos de comunicação, qualidade e quantidade de exigências de amadurecimento e demonstração de afeto na relação com os filhos) e a passagem do contexto familiar para o escolar, o que exige consolidação das habilidades já aprendidas e aprendizagem de novas, essencialmente na adaptação às novas exigências sociais e no ajustamento às relações interpessoais entre iguais (Del Prette & Del Prette, 1999; Trianes, 2002). Nesta etapa o relacionamento interpessoal competente com os pares pressupõe a aceitação do outro, popularidade e fazer amigos. Já na adolescência espera-se

que no relacionamento interpessoal com as pessoas significativas o jovem apresente comportamentos sociais mais elaborados, visualize o futuro e estabeleça relações de namoro. Na vida adulta são exigidas habilidades profissionais e de trabalho e na velhice habilidades para lidar com o preconceito manifestado por evitação, agressividade e superproteção (Del Prette & Del Prette, 1999).

A capacidade de comunicar e interagir com os outros de modo efetivo e adequado envolve um conjunto de habilidades complexas. Na infância e em contexto escolar, as habilidades mais valorizadas em estudos internacionais agrupam-se do seguinte modo: autocontrolo e expressividade emocional (controlar o humor/emoções, cumprir regras, respeitar limites); relação com os companheiros – assertividade, empatia e amizade (cumprimentar, elogiar, oferecer ajuda, convidar); ajustamento/civilidade (cumprir regras e comportar-se de acordo com o esperado); habilidades sociais académicas (envolver-se na tarefa, realizá-la de forma autónoma, seguir instruções) e solução de problemas interpessoais (Caldarella & Merrel, 1997; Del Prette & Del Prette, 2005).

Na génese das habilidades sociais, a cultura também tem sido implicada. Sendo os padrões esperados para os diferentes contextos definidos por cada cultura, significa que os indivíduos não são igualmente competentes nas diferentes situações interpessoais e os seus desempenhos socialmente aprovados e valorizados podem variar de uma cultura para outra (Del Prette & Del Prette, 1999; Del Prette et al., 2004). Relativamente à cultura destaca-se a influência das normas, valores e expectativas sobre os desempenhos sociais dos grupos e subgrupos com características sociodemográficas específicas relativamente à: idade, género, profissão, papéis sociais, contexto geográfico entre outros (Trower, Bryant & Argyle, 1978; Caballo, 2008a; Del Prette & Del Prette, 1999; Furnham 1993; Feitosa, Matos, Del Prette & Del Prette, 2005; Bandeira, Rocha, Freitas, Del Prette & Del Prette, 2006).

McFall (1982) considera que este carácter situacional-cultural da competência social se opõe à noção de traço de personalidade, implicando a necessidade de avaliação da pessoa em diferentes contextos, situações e interlocutores nas relações interpessoais da população alvo (Del Prette et al., 2004). Contudo, o estudo de Bueno, Oliveira e Oliveira (2001) revelou a associação de diferentes traços de personalidade a diferentes habilidades sociais.

4. CLASSIFICAÇÃO

Caballo (2008a, 2009) propõe dois tipos de categorias de habilidades sociais:

- as molares: são habilidades gerais (defesa dos direitos, habilidade heterossocial, capacidade de atuar com eficácia em entrevistas profissionais) que permitem avaliações gerais, subjetivas em detrimento de avaliações mais específicas e objetivas;
- as moleculares: são habilidades de resposta, intimamente unidas à componente comportamental da habilidade social.

O autor defende que cada uma das habilidades molares depende do nível e da forma de uma variedade de componentes moleculares de resposta (contacto visual, volume da voz, postura) e, citando Conger e Conger salienta, que “embora aceitemos que a conduta social é complexa, no sentido de que o todo é maior que a soma das partes, é importante reconhecer que não existe independentemente de suas partes” (Caballo, 2008a, p. 17).

Del Prette e Del Prette (2008) considerando a existência de contextos com situações de desempenhos sociais específicos e de diferentes contextos com situações para classes semelhantes de desempenho social, pelo que não existem classes de habilidades sociais exclusivas para determinado contexto, sustentam por isso, a razão de classificar as habilidades sociais em classes e subclasses de maior ou menor complexidade e especificidade. Assim, as classes mais complexas são compostas por diversas habilidades (subclassas), podendo estas também dividir-se em novas subclassas, sendo estas mais específicas. Estes autores interligam a sua proposta com a de Caballo, pelo que as habilidades complexas correspondem às habilidades molares e as habilidades específicas às habilidades moleculares. Os autores propõem a seguinte organização em classes e subclassas:

- habilidades de comunicação: fazer e responder perguntas, dar e pedir feedback, elogiar, iniciar, manter e encerrar conversação;
- habilidades de civilidade: dizer por favor, agradecer, apresentar-se, cumprimentar;
- habilidades de assertividade, de enfrentamento ou defesa de direitos e de cidadania: expressar opinião, discordar, fazer e recusar pedidos, interagir com autoridades, lidar com críticas, expressar desagrado, lidar com a raiva do outro, pedir mudança de comportamento, entre outras;
- habilidades de empatia e de expressão de sentimento positivo.

Os mesmos autores distinguem duas classes mais abrangentes:

- .habilidades sociais profissionais ou de trabalho: coordenação de grupo, falar em público;
- .habilidades sociais educativas de pais, professores e outro elementos envolvidos na educação/formação e treino (profissionais de saúde).

Como habilidade geral na base de qualquer desempenho socialmente competente os mesmos autores, salientam a automonitoria: observar, descrever, interpretar e regular/controlar pensamentos, sentimentos e comportamentos em situações específicas.

5. RELAÇÕES INTERPESSOAIS/COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

Longe vai o tempo do estudo da comunicação numa ótica linear, com valorização exclusiva da sintaxe e da semântica. Decisivamente Watzlawick, Beavin e Jackson, com a publicação de *Pragmática da Comunicação Humana* (1967), influenciada pela Teoria Geral dos Sistemas e pela Cibernética, marcam uma nova conceção da comunicação, já não um esquema linear do emissor para o recetor com relações unívocas de causa-efeito, mas uma visão orquestral, sistémica, das transações efetuadas. Assim, sabemos hoje que é impossível não comunicar, que todo o comportamento é comunicação (atividade ou inatividade, palavras ou silêncio), independentemente da sua intencionalidade, da sua consciência ou de ser bem-sucedida (compreensão mútua). Qualquer comportamento de uma pessoa afeta/influência sempre o comportamento das pessoas à sua volta.

Torna-se por isso, fundamental que os profissionais de saúde, concretamente os enfermeiros, tenham consciência que os seus comportamentos (porque são comunicação) afetam e/ou têm impacto na sua relação com os doentes/utentes e com os restantes profissionais da equipa de saúde.

A comunicação interpessoal envolve a troca de mensagens verbais e não-verbais entre duas ou mais pessoas, que incluem pensamentos e emoções. Em situação de desacordo entre o comunicado verbal (conteúdo/digital) e o não-verbal (relação/analógico), permanece a mensagem transmitida não verbalmente.

Na relação interpessoal o enfermeiro é simultaneamente emissor e recetor de mensagens. Deste modo, aprender a transmitir mensagens assertivas e responsáveis, bem como a descodificar adequadamente as mensagens que lhe são transmitidas, é determinante numa prestação de cuidados de enfermagem de excelência. A este respeito Riley (2004) salienta que a comunicação interpessoal é

a própria relação enfermeiro–doente/utente, é o veículo para a relação terapêutica, meio através do qual as pessoas influenciam o comportamento das outras, sendo decisiva para o sucesso das intervenções terapêuticas em enfermagem.

“A conduta tanto verbal com não verbal é o meio pelo qual as pessoas se comunicam com os outros e constituem, ambas, os elementos básicos da habilidade social” (Caballo, 2009, p. 24). Cada um de nós gasta cerca de 75% do seu tempo a relacionar-se com outras pessoas, o que comprova a inevitabilidade e a universalidade da comunicação, devendo esta merecer atenção e aprofundamento no seu desenvolvimento. O modo como nos relacionamos com os outros a maior ou menor eficácia no relacionamento, depende do nosso poder e da nossa habilidade na comunicação (Fachada, 1998).

A palavra comunicar provém do latim “*comunicare*” e significa “pôr em comum”, “entrar em relação comum” (Fachada, 1998, p. 12).

A competência comunicativa é a

“capacidade de produzir e entender mensagens que põem o indivíduo em interacção comunicativa com outros interlocutores. Esta capacidade compreende não só a habilidade linguística e gramatical (de produzir e interpretar frases bem formadas) como também, uma série de habilidades extralinguísticas com elas relacionadas que são sociais (no sentido de saber adequar a mensagem a uma solução específica) ou semióticas (que significa saber utilizar outros códigos para além do linguístico, por exemplo o cinésico, as expressões faciais, os movimentos do rosto, das mãos, etc.)”. (Bitti & Zani, 1997, p. 19–20)

Apesar da existência de diversas teorias da comunicação (Dias, 2006; Del Prette & Del Prette, 2008) ainda não se conseguiu construir uma teoria da competência comunicativa (Bitti & Zani, 1997). Estes autores consideram que a competência comunicativa incluiria as competências: linguística, paralinguística, proxémica, executiva, pragmática, sociocultural e outras.

É consensual que a competência de comunicação interpessoal contém elementos verbais e não-verbais. Del Prette e Del Prette (2008) consideram que estes elementos podem ser classificados arbitrariamente, uma vez que ambos estão sempre presentes na comunicação (nos contactos face-a-face). A

comunicação verbal é mais consciente, explícita e racional, sendo dependente do domínio da língua e das normas sociais, do seu uso, entre outros fatores. A comunicação não-verbal tem várias funções: complementa, ilustra, enfatiza, regula, substitui e contradiz a comunicação verbal. Salientando-se também que a grande parte da descodificação ocorre mais no plano não-verbal do que no verbal (Del Prette & Del Prette, 2008; Caballo, 2009). Os sinais visuais são interpretados de maneira mais confiável e precisa que os sinais auditivos; deste modo os sinais não-verbais têm de ser coerentes com o conteúdo verbal para que seja transmitida uma mensagem socialmente hábil. “A maneira como se expressa uma mensagem socialmente adequada é mais importante que as palavras que se usem” (Caballo, 2009, p. 25).

Este autor destaca ainda alguns elementos moleculares da competência comunicativa como: olhar, dilatação pupilar, expressão facial, sorrisos, a postura corporal, os gestos, a distância/proximidade, a aparência pessoal, a paralinguística (latência, volume, timbre, tom e inflexão, fluência, tempo de fala, clareza e velocidade).

6. ASSERTIVIDADE

A assertividade é valorizada por alguns autores como a dimensão mais importante das habilidades sociais (Bandeira, Costa, Del Prette, Del Prette & Gerk-Carneiro, 2000).

A conceptualização do construto de assertividade iniciou-se na segunda metade do Século XX, tendo evoluído ao longo do tempo. Sempre ligado a uma atitude inerente ao modo de comunicar com o outro, as primeiras definições referiam a assertividade como uma forma de se defender e fazer valer os próprios direitos em caso de injustiça.

Nos estudos iniciais desenvolvidos por Wolpe (1969 citado em Detry & Castro, 1990, 1996) a teoria da assertividade apresenta este construto como a expressão externa de toda a emoção sem ansiedade (avaliado pela Escala de Assertividade de Wolpe-Lazarus – WLAS, 1996) e identifica os indivíduos não assertivos como passivos e/ou agressivos nas suas relações interpessoais que se manifesta pela falta de espontaneidade, constrangimento a nível emocional, inibição ou desajustamento.

Também os trabalhos de Eisler, Hessen, Miller e Blanchard (1975) trouxeram contributos importantes na valorização das determinantes situacionais no comportamento assertivo.

Rathus (1973) e Pearson (1979) definem e avaliam a assertividade em função do comportamento verbal e não-verbal que implica: fazer pedidos, discordar ativamente, expressar os próprios direitos e sentimentos e defender-se a si mesmo. Só mais tarde esta definição passa também a incluir a importância da empatia pelo outro, seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, reconhecendo-lhe iguais direitos e deveres que ao próprio (Vagos, 2006).

Na proposta de Alberti e Emmons (1978) a assertividade é vista como um processo no qual o indivíduo expressa sentimentos, pensamentos e crenças de forma adequada. Lange e Jakubowski (1976 citado em Carneiro e Falcone, 2004, p.121) definem assertividade como a “capacidade de defender os próprios direitos e de expressar pensamentos, sentimentos e crenças de forma honesta, direta e apropriada, sem violar os direitos da outra pessoa”.

Nesta sequência, a assertividade “implica que o indivíduo se respeite e valorize a si próprio e também ao outro, estabelecendo relações horizontais, pautadas pela cooperação, negociação, equilíbrio, compromisso e busca de benefícios mútuos” (Vagos, 2006, p. 3). É uma atitude de mutualidade entre o eu e o tu, adquirida por princípios de aprendizagem social.

Tal como já referimos anteriormente, se compararmos as definições de assertividade e de competência social (nomeadamente Caballo 2008a, 2008b) verificamos a existência de semelhanças significativas que, na opinião de Matos e Carvalhosa (2000), se prendem com questões de: sequência temporal, filiação em modelos teóricos, preferência cultural, âmbito da utilização ou amplitude dos conceitos.

A assertividade é vista como um comportamento multifacetado uma vez que a manifestação do comportamento assertivo pressupõe a utilização de diversos componentes: contacto visual (olhar), expressão facial, postura corporal, gestos, componentes paralinguísticos (latência de resposta, volume da voz, fluência, entoação) conteúdo da conversa, capacidade de pedir mudança de comportamento, capacidade de reforçar o positivamente os outros e de obter reforço positivo dos outros, capacidade de fazer pedidos e de expressar sentimentos adequadamente (Alberti & Emmons, 1978; Detry & Castro, 1996, Castanyer, 2006; Caballo, 2008a).

O comportamento assertivo caracteriza-se por ser ativo e não apenas reativo; ser honesto e direto, não recorrendo a artimanhas ou manipulações mas exprimindo-se sem rodeios ou justificações excessivas (Martins, 2005); ser capaz de comunicação alternadamente com o outro, atendendo tanto ao próprio

discurso como ao do outro e à forma como ele reage ao discurso do próprio. A postura assertiva caracteriza-se pelo olhar direto e seguro; a expressão facial concordante com o conteúdo verbal; o tom de voz médio, uniforme, bem modulado; a posição direita, próxima, segura e relaxada mas não invasiva (Castanyer, 2006).

O comportamento não assertivo ocorre quando a pessoa não expressa os seus sentimentos, ou pensando no outro, desenvolve com alguma frequência comportamentos contra a sua própria vontade, deixando de se defender por medo de prejudicar a relação futura com essa pessoa. O indivíduo acaba por ser explorado, prejudicado sem conseguir alcançar os seus objetivos, sentindo-se ferido, ansioso e autodesvalorizado (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002).

O comportamento agressivo permite alcançar os objetivos desejados, contudo o emissor ofende, magoa os outros, fazendo escolhas por eles, desvalorizando-os como pessoas (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002).

Estes três tipos de comportamentos, assertivo, não assertivo (passivo) e agressivo, podem ser gerais ou situacionais, ou seja, há pessoas que possuem sempre ou a maior das vezes o mesmo padrão de comportamento e outras que, dependendo da situação e/ou do interlocutor, emitem comportamentos distintos (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002).

Carochinho (2002) destaca três aspetos essenciais na assertividade: a capacidade de controlar e gerir as próprias emoções na expressão pessoal, de modo a que não influam negativamente no desempenho social; a capacidade de realizar uma análise adequada das exigências da situação, para lhe responder da forma mais apropriada; a capacidade de pôr (ou não) em prática determinados comportamentos que se definem como assertivos.

Assim, a pessoa com comportamento assertivo tem a capacidade de se autoafirmar, expressar e defender os próprios direitos, sem se deixar manipular e sem manipular o outro, tentando chegar a um acordo mutuamente vantajoso (Castanyer, 2006).

Riley (2004) considera a assertividade como a chave de uma relação bem-sucedida entre enfermeiro e doente/utente, enfermeiro e elementos da equipa de saúde, uma vez que o enfermeiro assertivo demonstrará maior confiança e/ou segurança e uma boa capacidade de gestão das emoções. Assim, é fundamental formar profissionais de enfermagem com aptidões pessoais na comunicação assertiva, que promovam a sua realização pessoal (Amaro & Jesus, 2005).

7. EMPATIA

O termo empatia deriva do grego “*empathia*” que significa “sentir dentro” utilizado pelos teóricos e pelos estetas para designar a projeção de predisposição interna de um observador relativamente à percepção de um objeto estético. Titchener, psicólogo americano, traduz o termo alemão “*eingefühlung*” para inglês como “*emphathy*” com o significado de conhecer a consciência do outro, através da imitação interior ou esforço da mente (Burns & Auerbach, 1997; Goleman, 2000; Falcone et al., 2008).

Na teoria de empatia, Titchener defende que esta decorre de uma espécie de imitação física do sofrimento alheio, evocando os mesmos sentimentos na própria pessoa (mimetismo motor) e que é diferente de simpatia, pois esta pode sentir-se pelos problemas gerais de outras pessoas, contudo não compartilha o que a pessoa sente (Goleman, 2000).

A empatia considerada como uma qualidade necessária aos psicoterapeutas e profissionais de ajuda (onde se incluem os enfermeiros), contribui para o aumento da autoestima dos pacientes, favorece a autorrevelação, a aliança terapêutica e a adesão ao regime terapêutico (Bohart & Greenberg, 1997; Bohart & Tallman, 1997; Jordan, 1997).

Rogers (1974) refere que o estado de empatia ou de ser empático é perceber a estrutura interna de referência do outro com precisão e com as componentes emocionais e os meios que lhes pertencem como se fosse a pessoa, mas sem nunca perder a sua condição (citado em Cotton, 2001).

A empatia é definida como a capacidade de compreender e de expressar compreensão acurada sobre a perspetiva e sentimentos da outra pessoa, além de experimentar sentimentos de compreensão e de interesse pelo bem-estar desta (Egan, 1994; Falcone, 2001).

“A empatia nasce da auto-consciência; quanto mais abertos formos relativamente às nossas próprias emoções, mais capazes seremos de ler os sentimentos dos outros” (Goleman, 2000, p. 117). Esta capacidade/habilidade de saber como os outros se sentem tem-se revelado importante nas mais diferentes áreas da vida, desde as vendas à gestão, das relações amorosas à atividade parental (Goleman, 2000). Também na literatura encontramos referências que consideram a empatia mais útil na manutenção da qualidade dos relacionamentos interpessoais do que a assertividade (Falcone, 1999).

Porém as pessoas com alexitimia não compreendendo o que elas próprias sentem, ficam em branco quando se trata de compreender o que sentem as

peças com quem se relacionam. Esta ausência de empatia está também presente em indivíduos com distúrbios de personalidade, sociopatas, criminosos, violadores, entre outros (Goleman, 2000).

Conforme já referimos anteriormente, raramente as emoções são traduzidas em palavras, a maioria das vezes expressam-se: no tom de voz, gestos, expressão facial, postura, etc., pelo que intuir os sentimentos dos outros reside na habilidade de ler os canais não-verbais, traduzindo-se na “sintonização de sentimentos” do outro (as emoções são recebidas com empatia, aceites e correspondidas; Goleman, 2000, p. 121).

A empatia considerada como uma habilidade de comunicação é um construto multidimensional constituído por três componentes: cognitiva, afetiva e comportamental. A componente cognitiva caracteriza-se pela capacidade de compreender, acuradamente, os sentimentos e perspetivas de outra pessoa; a componente afetiva caracteriza-se por sentimentos de compaixão e simpatia pela outra pessoa, além de preocupação com o seu bem-estar; a componente comportamental consiste em transmitir um entendimento explícito do sentimento e da perspetiva da outra pessoa, de tal maneira que esta se sinta profundamente compreendida (Davis, 1980, 1983a, 1983b; Barrett-Lennard, 1993; Egan, 1994).

Numa situação de interação, a habilidade empática desenvolve-se em duas etapas. Na primeira, para que a pessoa possa estar envolvida em compreender os pensamentos e sentimentos do outro e experienciar o que lhe está a acontecer neste momento é essencial “prestar atenção” e “ouvir sensivelmente”. Na segunda etapa, a pessoa comunica ao outro o seu entendimento, a sua compreensão de forma sensível, sendo para tal essencial “verbalizar sensivelmente” (Falcone, 1999, p. 23; 2001, p. 7).

“Prestar atenção” envolve “estar com a outra pessoa física e psicologicamente”, o que pode ser traduzido por comportamentos não-verbais como: olhar diretamente a outra pessoa, adotando uma postura que identifique envolvimento; postura aberta, evitando cruzar os braços e as pernas; inclinação ligeira em direção à pessoa-alvo; acenar com a cabeça e/ou usar vocalizações breves (ex.: “hum-hum”) quando a pessoa está revelando algo importante; postura descontraída (gestos nervosos, como: tamborilar, balançar a perna ou remexer-se na cadeira demonstram impaciência e desinteresse; Falcone, 1999, p. 23).

“Ouvir sensivelmente” envolve “dar ao outro a oportunidade de ser ouvido em seus próprios termos, sem ser julgado”, assim a pessoa sentir-se-á

entendida, reconhecida, aceite e valorizada (Falcone, 1999, p. 24), podendo traduzir-se por: deixar de lado as próprias perspectivas, desejos e sentimentos, por alguns instantes e voltar-se inteiramente para as perspectivas, desejos e sentimentos da outra pessoa; observar e “ler” os comportamentos não-verbais que a outra pessoa manifesta enquanto fala (identificar as emoções); colocar-se no lugar da outra pessoa, identificando-se com os seus sentimentos, perspectivas e desejos; elaborar, mentalmente, uma relação existente entre o sentimento, o contexto e o significado deste contexto para a outra pessoa (Egan, 1994; Nichols, 2009).

“Verbalizar sensivelmente” envolve “fazer com que a outra pessoa se sinta compreendida, encorajando-a a explorar as suas preocupações”, o que se pode traduzir em tentar explicar ou validar os sentimentos e perspectivas da outra pessoa sem julgar; relacionar o contexto, o pensamento/perspectiva e os sentimentos da outra pessoa (Falcone, 1999, p. 24).

Falcone (1999) após o desenvolvimento de um programa de treino de empatia com estudantes universitários conclui que o treino específico da empatia produz resultados na qualidade das relações interpessoais (aumento do vínculo e redução de conflitos) e sugere a inclusão destes programas nas escolas, como recurso preventivo no desenvolvimento moral e relacional e como contributo para a formação de pessoas mais saudáveis e felizes.

8. PROGRAMAS DE APRENDIZAGEM DE HABILIDADES/COMPETÊNCIAS SOCIAIS

Em circunstâncias em que as habilidades sociais não são aprendidas ao longo do ciclo vital (condições desfavoráveis para a sua aquisição) este processo pode ser recuperado através do treino sistemático, em contextos estruturados e utilizando estratégias grupais bem conduzidas (Del Prette & Del Prette, 2006).

Magalhães e Murta (2003) salientam que são inúmeros os contextos que podem favorecer o défice nas habilidades sociais (longos períodos de isolamento, desuso, perturbações cognitivas e afetivas, práticas educativas excessivamente coercivas) que habitualmente envolvem conflitos interpessoais, má qualidade de vida, problemas psicológicos (desajustamento escolar, depressão, pânico, esquizofrenia) e de resposta fisiológica (gastrite, cefaleia).

Ponderando o impacto destes défices na saúde e bem-estar das populações têm-se desenvolvido intervenções com o intuito de treinar habilidades sociais. Nesta sequência, o Treino de Habilidades Sociais consiste “na tentativa directa e sistemática de ensinar estratégias e habilidades interpessoais (...) com intenção

de melhorar a sua competência interpessoal individual em tipos específicos de situações sociais” (Curran, 1985 citado em Caballo, 2008a, p. 181).

O treino de habilidades sociais tem sido utilizado em contextos distintos, com populações clínicas e não clínicas. Murta (2005) refere que a sua aplicabilidade pode ocorrer em:

- intervenções de prevenção primária – dirigidas a grupos ou pessoas expostas a fatores de risco, mas ainda sem problemas de relacionamento interpessoal com o intuito de potencializar as suas habilidades sociais, como fator protetor, minimizando a probabilidade de ocorrência de problemas interpessoais;
- intervenções de prevenção secundária – dirigidas a grupos ou pessoas sob o efeito de fatores de risco para o relacionamento interpessoal (crianças agressivas; pais com problemas em práticas educativas), com o objetivo de tratar problemas passíveis de remissão.
- intervenções de prevenção terciária – dirigidas a pessoas com doença crónica (autismo, esquizofrenia), nas quais se pretende minimizar as consequências dos défices em habilidades sociais.

Dependendo do nível da intervenção, os programas preventivos podem ser centrados na pessoa – voltados para a educação afetiva e estratégias de resolução de problemas; ou centrados no ambiente – desenvolvidos na escola mas pretendendo atingir os professores e os pais, voltados para a relação com a classe e gestão escolar e desenvolvimento de práticas educativas parentais saudáveis (Murta, 2007). Na abordagem técnica das intervenções a maioria dos programas utiliza técnicas comportamentais e cognitivas: ensaio comportamental, modelação, treino assertivo, autocontrolo, feedback, role-playing, tarefas para casa, resolução de problemas e formas não diretivas de aconselhamento, reflexão e discussão em grupo, entre outras (Murta, 2007; Caballo, 2008b).

Bolsoni-Silva (2002) defende que ainda que os grupos devam ser homogêneos, sem no entanto desconsiderar as dificuldades individuais de seus elementos, podendo o seu número variar, considera-se como ideal a variação entre oito a doze elementos. Cada sessão deverá ter definido objetivos específicos e possuir três partes: análise de interesses, de dificuldades e das tarefas para casa; dinamização dos conteúdos e treino; avaliação da sessão e atribuição de tarefas para casa.

Assim, de acordo com a mesma autora, os programas de aprendizagem de habilidades sociais têm-se revelado bastante eficazes tanto no atendimento de populações clínicas, como de populações não clínicas, visando superar e/ou reduzir défices interpessoais, uma vez que descrevem reportórios comportamentais sociais, contribuindo para o processo de avaliação diagnóstica de casos clínicos e simultaneamente utilizando diversos procedimentos e técnicas de intervenção com objetivos específicos, que permitem o desenvolvimento de tais competências, especialmente delineadas para a intervenção em grupo.

CAPÍTULO II – AUTOCONCEITO

“As intervenções clínicas que desenvolvam um bom autoconceito trarão consigo uma melhoria do ajustamento em várias áreas, desde as expectativas formadas em relação ao ambiente em geral, à resolução de problemas de vida ou aos conflitos interpessoais.”

Vaz-Serra, Firmino, Barreiro e Fael (1989, p. 163)

O autoconceito é talvez o construto mais abrangente na Psicologia do Eu e dos mais investigados em diferentes domínios da Ciência, detentor de um inegável valor no estudo do comportamento humano. O seu interesse heurístico, bem como a sua influência têm sido profusamente investigados nas últimas décadas, não só na dimensão clínica, mas especialmente nas dimensões educacional e social (Lopes, 2006b).

O autoconceito, enquanto elemento central da personalidade do indivíduo, abarca várias dimensões da existência humana, revelador de um carácter preditivo no ajustamento e realização escolar, na integração social, no bem-estar psicológico e no equilíbrio geral do indivíduo.

Neste capítulo serão apontados alguns aspetos históricos de interesse no desenvolvimento do construto do autoconceito e sua conceptualização, clarificado o seu conteúdo, estrutura, dimensões e determinantes e analisados alguns resultados de estudos sobre a influência do autoconceito na interação familiar, escolar e social e também em alguns comportamentos de saúde.

1. CONSTRUTO DO AUTOCONCEITO: CONCEPTUALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

O estudo do autoconceito, inicialmente originado nas ciências humanas (Filosofia, Teologia, entre outras), adquire um modo mais sistemático com William James e com a publicação da sua obra *“The Principles of Psychology”* em 1890, que no capítulo *“The Consciousness of Self”*, define os constituintes do autoconceito e faz a sua distinção com o termo autoestima, demarcando-se das posições filosóficas iniciais e ligando-se à Psicologia do Eu.

James postulou que o self do indivíduo estaria dividido em “*The I*” e “*The Me*”. O “*The I*”, o Eu conhecedor, refere-se ao aspeto do Eu que, de modo subjetivo, organizaria e interpretaria a experiência do indivíduo (Eu como sujeito). É através do “*The I*” que o sujeito seria capaz de perceber, pensar e refletir sobre a realidade envolvente e sobre ele próprio. Deste modo, quando se tornasse ele próprio alvo do conhecimento, o sujeito seria o objeto, “*The Me*”, e representaria o Eu enquanto conhecido (Eu como objeto). O *I* é responsável pela construção do *Me*, sendo este último a imagem que o sujeito tem de si – o autoconceito (Green, 2002).

O “*The Me*”, ou seja o autoconceito, teria como constituintes: o self material – referente a tudo o que o indivíduo possuísse e pudesse apelidar de “meu” (corpo, família, bens, entre outros); o self social – correspondente a aspetos relativos à sua relação com os outros (papéis, estatuto social, relações, personalidade); o self espiritual seria o mais oculto e interior, mas simultaneamente o mais estável (estados de consciência, pensamentos, emoções e desejos). Estes três constituintes (self material, self social e self espiritual) estão, na perspetiva de James, ordenados hierarquicamente e conferem ao sujeito a sua individualidade – *The pure Ego* (Simões, 1997; Azevedo, 1999; Green, 2002).

James defende ainda, ser necessário para o verdadeiro conhecimento do Eu, além de ter em conta os seus constituintes, considerar os sentimentos e emoções por eles evocados e as ações que o preparam (Green, 2002). E, considerando “*The Me*” o autoconceito, distingue-o da autoestima, sendo esta a razão entre os êxitos do sujeito e as suas ambições, tendo assim em conta os êxitos e os insucessos do indivíduo (havendo tendência à autoestima ser baixa em caso de insucessos sucessivos; Azevedo, 1999).

Coley em 1902 desenvolve a Teoria *Looking Glass Self*, na qual defende que o self se desenvolve a partir das interações do sujeito com a sociedade (*feedback*), nomeadamente com as pessoas significativas para o indivíduo, que funcionam como um espelho, ou seja, a imagem construída acerca de si, depende da informação que os outros lhe fornecem e da leitura que o sujeito faz da mesma (citado em Azevedo, 1999).

Perspetiva semelhante é defendida por Mead (1934) ao enfatizar a importância das interações estabelecidas pelo sujeito com os outros na criação da imagem acerca de si. Para este autor, o autoconceito surge da observação e interação do indivíduo com os outros, através das quais o sujeito aprenderia as

regras sociais e modelaria o seu comportamento de modo a agir adequadamente (de acordo com o esperado pelos outros; citado em Azevedo, 1999). Mead, à semelhança de James, distingue a faceta “*The Me*”, sublinhando a importância das reações dos outros na percepção que o indivíduo tem de si próprio (Burns, 1982), contudo o “*The I*” estaria relacionado com o sentido da liberdade, a iniciativa e a impulsividade do sujeito. Deste modo, o comportamento humano evoluiria do “*The I*” para o “*The Me*”, sob a influência da sociedade, dos seus princípios e regras, sendo através da interação com os outros que o indivíduo adotaria determinadas perspetivas e papéis, agindo da mesma forma como os outros relativamente a si (citado em Azevedo, 1999).

Os anos seguintes, coincidentes com o auge da teorização e pesquisa psicológica da corrente behaviorista não traduziram avanços significativos em termos de investigação do autoconceito. O reavivar do seu interesse surge na década de 70, ao evidenciar-se uma consciência progressiva do seu valor em diferentes domínios da atividade humana, especialmente na consolidação da personalidade do indivíduo (Garganta, 2000), embora frequentemente confundido com a noção de autoestima (Skaalvik & Skaalvik, 2006; Neves, 2007). É a partir da década de 80 que a investigação sobre o autoconceito é significativamente incrementada pelos investigadores (Lopes, 2006b), não só numa vertente nuclear, mas também na vertente multifacetada (Wylie, 1989; Shavelson & Bolus, 1982; Vaz-Serra, 1986a, 1986b, 1988a, 1988b; Faria & Fontaine, 1990; Marsh, 1994; Palenzuela, Prieto, Barros & Almeida, 1997), tomando-se consciência do papel do autoconceito na determinação do comportamento de uma pessoa (Wylie, 1979, 1989).

O autoconceito é um “construto hipotético, inferido ou construído a partir de acontecimentos pessoais”, mas determinante para “descrever, explicar e prever o comportamento humano e perceber como a pessoa se percebe e considera a si própria”. A sua aceitação (do autoconceito) torna possível a noção de continuidade do comportamento e da identidade pessoal, de consistência e de coerência (Vaz-Serra, 1986a, p. 57).

Gecas (1982) define o autoconceito como o conceito que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico, social e espiritual ou moral. Definição semelhante faz Vaz-Serra (1988a, p. 127) que considera o autoconceito como a “percepção que o indivíduo tem de si próprio”. Para este autor, a constituição do autoconceito não decorre da simples enumeração de comportamentos observáveis, é um processo simbólico em que determinada estrutura pessoal se

forma, auxiliada pela linguagem, atribuindo designações a classes de comportamentos, que deste modo são definidos, englobados e hierarquizados numa ordem relativa de importância.

Na mesma linha de orientação Faria e Fontaine (1990, p. 98) definem o “auto-conceito em termos gerais, como a percepção que o sujeito tem de si próprio e em termos específicos, como o conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimento acerca das capacidades, competências, aparência e aceitabilidade social próprias.”

Importa reter talvez a mais operacional das definições de autoconceito proposta por Shavelson, Hubner e Stanton (1976 citado em Simões, 1997, p. 198) entendido como um “construto hipotético, cujo conteúdo seria a percepção que um indivíduo tem do seu EU, percepção essa que se formaria por intermédio de interações estabelecidas com os outros significativos, bem como através das atribuições do seu próprio comportamento”.

Diversos autores consideram que o autoconceito está intimamente ligado à noção de competência pessoal, uma vez que remete de modo global para sentimentos, julgamentos e avaliações sobre a capacidade intelectual e sobre competências e aptidões mais específicas que cada indivíduo detém (Bong & Skaalvik, 2003; Skaalvik & Skaalvik, 2006; Neves, 2007).

Aceita-se que a construção do autoconceito, construto fundamental da personalidade, é influenciada por diversos fatores. O aspeto físico, o nível de inteligência, as emoções, o padrão cultural, a família e o status social, são as propostas de Gecas (1982). Por outro lado Vaz-Serra (1988b) defende a existência de quatro tipos de influências que contribuem para a constituição do autoconceito que pode adquirir características positivas ou negativas:

- o modo como os outros observam o indivíduo (origina fenómenos em espelho, levando o indivíduo a observar-se da maneira como os outros o consideram);
- a noção que o indivíduo guarda do seu desempenho em situações específicas (o indivíduo pode julgar que se sai bem ou mal ou que é competente ou incompetente);
- o confronto da conduta do indivíduo com a dos seus pares sociais com quem se identifica;
- a avaliação dum comportamento específico em função dos valores veiculados por grupos normativos.

A propósito das avaliações dos outros, importa reter que estas não têm todas o mesmo valor, uma vez que

os outros significativos, (...) são as pessoas que têm significado para o sujeito, significado que é essencialmente afectivo; são as pessoas a cujas ideias, valores, formas de estar na vida, nós, enquanto sujeitos, atribuímos um significado muito especial, chegando mesmo a identificarmo-nos com elas, total ou parcialmente. (Simões, 1997, p. 204)

Assim, a intervenção dos pais no desenvolvimento do autoconceito é indiscutível, mas importante também, é o papel dos professores e colegas, já que muito tempo da vida do indivíduo é passado na escola (Simões, 1997). Também as avaliações pessoais podem não ser avaliações refletidas, pois algumas são fruto de comparações sociais em que “o grupo é fonte de normas e valores (grupo normativo) e de padrões de auto-avaliação (grupo comparativo)” (Vaz-Serra, 1986a, p. 65).

“O conceito que o indivíduo tem de si próprio atravessa, condensa ou captura a essência de muitas outras variáveis (motivos, necessidades, atitudes, valores, personalidade) e, assim, constitui uma variável mais simples e mais central com que podemos lidar” (Fitt, 1972 citado em Vaz-Serra, 1986a, p. 58). De facto, quanto melhor o autoconceito, melhor é o desempenho do indivíduo desde que em situação de igualdade relativamente a aptidões com os que lhe servem de comparação. Deste modo, o fracasso escolar, o êxito e o progresso na carreira, as dificuldades no relacionamento interpessoal podem nada ter a ver com qualidades intelectuais, mas serem simplesmente o reflexo de um autoconceito pobre (Fitt, 1972 citado em Vaz-Serra, 1986a). O conhecimento do comportamento de todos os dias permite concluir que a maneira como a pessoa se percebe e se avalia pode ditar a forma de relacionamento com os outros, as tarefas que tenta, as tensões emocionais que experimenta e o modo como subsequentemente se percebe (Vaz-Serra, 1986a).

Faria e Fontaine (1992, p. 42) sublinham que o interesse pelo estudo do autoconceito se deve ao “carácter preditivo da realização e ajustamento escolar do sujeito, da sua integração social, bem-estar psicológico e equilíbrio geral”, considerando-o como uma variável integradora que abrange várias dimensões da existência e não apenas a escolar.

2. CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS: CONTEÚDO E ESTRUTURA

Shavelson e Bolus (1982) consideram que o construto do autoconceito pode ainda ser representado por sete características fundamentais (ver Figura 1):

a) É organizado ou estruturado – as pessoas ao receberem informação acerca de si próprias, vão estabelecer categorias dessa mesma informação que relacionam umas com as outras, de modo a atribuir-lhes um sentido coerente e integrado.

b) É multifacetado – as facetas que se constituem refletem um sistema de categorias adotado pelo próprio indivíduo (autorreferência) e/ou partilhado por um grupo de referência. Neste sentido, os autores consideram que toda a estrutura culmina num autoconceito geral e, subordinado a este, existe um autoconceito académico e um autoconceito não académico que por sua vez se subdividem em subcomponentes mais específicas. O autoconceito académico tem subordinado a si as áreas específicas: matemática, língua materna, história e ciências; o autoconceito não académico tem subordinado a si as dimensões: físico, emocional e social. Sendo que o autoconceito físico se refere às aptidões e aparência física; o autoconceito emocional refere-se a estados emocionais particulares que o indivíduo desenvolve e, o autoconceito social espelha a relação com os pares sociais e as pessoas significativas para a sua vida em sociedade (Marsh, 1994).

c) É hierarquizado – na base da pirâmide encontram-se as perceções e as avaliações do comportamento do indivíduo nas situações específicas; na posição intermédia situam-se os vários domínios (académico, não académico) que contêm inferências sobre o self em cada um deles e, no topo da pirâmide situa-se o autoconceito geral que contêm inferências sobre o self em geral. As inferências vão ascendendo progressivamente até atingir os níveis superiores. Ou seja, as perceções do comportamento nas situações específicas vão permitir inferências que se vão acumulando e ascendendo a níveis superiores, pelo que as diferentes facetas do autoconceito formam uma pirâmide que se edifica através das experiências individuais, que vão das subáreas de base até ao topo da hierarquia.

d) É estável – no topo da hierarquia ou seja o autoconceito geral é estável, mas à medida que se desce na organização hierárquica e se alcança o nível das situações específicas (domínios e comportamentos) essa estabilidade tende a diminuir. Neste contexto, constata-se um dilema relativamente à estabilidade do autoconceito, pois por um lado em termos avaliativos é desejável que o

autoconceito seja estável ao longo da vida do indivíduo, mas por outro, a maioria dos estudos efetuados parte do pressuposto de que é possível e desejável, induzir através de intervenção alterações ao nível do autoconceito (Marsh, Gerlach, Trautwein, Ludtke & Brettschneider, 2007; Parker, Martin & Marsh, 2008; Marsh, Ludtke, Trautwein & Morin, 2009).

Mas os resultados das investigações têm-se mostrado contraditórios, havendo estudos que confirmam inteiramente este pressuposto, mesmo nos domínios mais específicos, enquanto outros mostram pouca estabilidade mesmo nas dimensões mais gerais do autoconceito (Neves & Faria, 2009), o que, na opinião de Marsh e Young (1999), se pode dever ao *efeito camaleão* (na análise fatorial confirmatória existem itens do autoconceito global no *Self-Description Questionnaire II* que saturam em fatores distintos) o que pode explicar a razão por que em determinadas circunstâncias, as dimensões mais globais do autoconceito se apresentavam menos estáveis.

Neves e Faria (2009) referem mesmo que as intervenções experimentais que têm sido desenvolvidas revelam um maior sucesso ao nível da autoeficácia e resultados mais modestos ao nível do autoconceito, o que pode estar relacionado com a estabilidade deste construto.

e) É desenvolvimental – torna-se cada vez mais multifacetado à medida que o indivíduo evolui desde a infância à idade adulta. O autoconceito torna-se mais específico e diferenciado.

f) É descritivo e avaliativo – os indivíduos podem descrever-se a si mesmos (ex: estou feliz) e simultaneamente avaliar os seus comportamentos e/ou desempenhos (ex: sou bom a matemática).

g) É diferenciável de outros construtos com os quais pode estar relacionado teoricamente (por exemplo: rendimento académico) o que permite compará-los entre si.

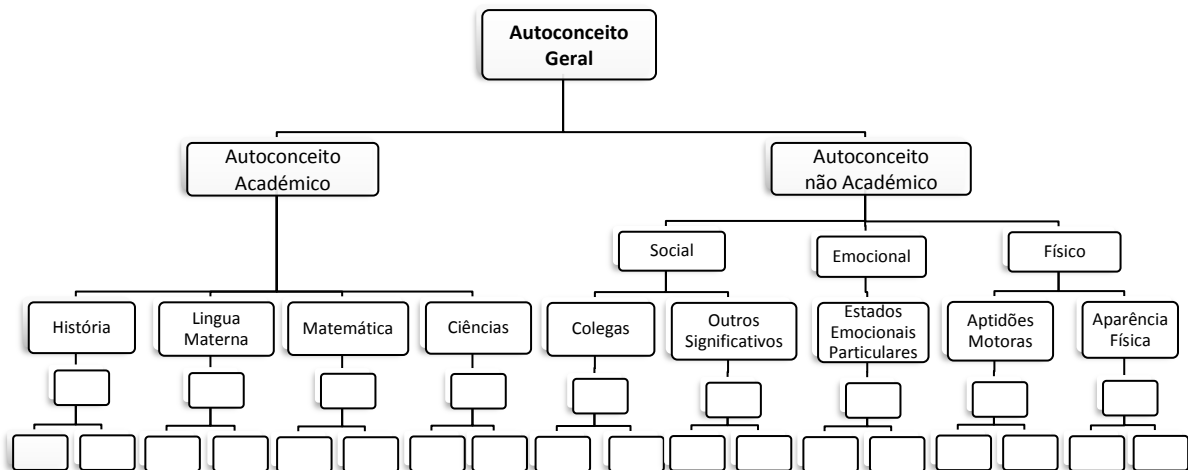


Figura 1– Estrutura do autoconceito: Modelo multidimensional e hierárquico

(Adaptado de Shavelson & Bolus, 1982, p. 4)

Este modelo multidimensional e hierárquico, proposto por Shavelson e Bolus (1982), deu origem a inúmeras investigações para a sua verificação e possibilitou os progressos verificados em termos de investigação científica do autoconceito nas últimas décadas do século XX (Simões, 1997).

Outro aspeto que parece ser importante distinguir é o de autoconceito real (a forma como a pessoa se percebe e se avalia tal como é na realidade) e o de autoconceito ideal (a maneira como a pessoa sente que deveria ou gostaria de ser), cuja diferença entre ambos é um indicador da autoaceitação e da satisfação pessoal (Vaz-Serra, 1986a). Devemos nesta perspetiva reter que os aspetos avaliativo e afetivo andam frequentemente em simultâneo, sendo significativo, não as autoavaliações em si, mas antes as emoções que as mesmas são ou não capazes de evocar. Este facto é “tão importante que várias técnicas de intervenção clínica se constituíram em terapia comportamental, com o único e exclusivo sentido de corrigir os processos de avaliação defeituosa”, das quais se salienta a Terapia Racional Emotiva de Ellis ou o Treino de Aptidões Sociais (Vaz-Serra, 1986a, p. 61). Por isso, quando em qualquer manual de aptidões sociais, se pretende ensinar a pessoa a reagir a críticas, o objetivo é criar condições para se defender dos processos avaliativos que os outros fazem de si. De facto, as várias técnicas de intervenção terapêutica sejam comportamentalistas ou de outras escolas, têm subjacente a si próprias o objetivo de auxiliar a pessoa a reparar as brechas do seu autoconceito e, muitas vezes, na sua autoestima. Deste modo a avaliação que a pessoa faz de si própria, da sua aptidão, da sua

capacidade ou das suas ações, não se confina ao espaço da própria avaliação, mas ultrapassa-o dando origem a um conceito de ordem superior, de sentido da competência ou de eficácia pessoal (Vaz-Serra, 1986a).

Relativamente às componentes do autoconceito estas são diversas. Contudo algumas, pela sua importância, como a autoestima, a autoeficácia e a autoimagem são mais comumente referenciadas pelos diversos autores.

Frequentemente constatamos a utilização indiscriminada dos termos autoconceito e autoestima, mas na opinião da maioria dos autores eles correspondem a conceitos distintos. Enquanto o autoconceito se refere às percepções que o indivíduo constrói acerca de si próprio, a partir da avaliação das suas competências e desempenhos, estando presentes os aspetos cognitivos, afetivos e comportamentais, a autoestima refere-se à forma como nos sentimos face às nossas competências e desempenhos, correspondendo à valoração que o sujeito faz das diversas percepções que construiu sobre si próprio (Searcy, 1988 citado em Azevedo, 1999). Também para Hamachek (1979 citado em Peixoto, 1999) a autoestima corresponde ao que admiramos ou valorizamos no self, pelo que o autoconceito e autoestima representariam respetivamente, o que pensamos e o que sentimos acerca de nós próprios.

A autoestima pode então ser definida como “a avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos, virtudes ou valor moral”, sendo provavelmente a componente do autoconceito de maior realce do ponto de vista clínico (Vaz-Serra, 1988b, p. 102). Deste modo, a autoestima para além de baseada no sentido da competência, poder ou eficácia, intimamente ligada à execução eficaz e aos processos de autoatribuição e de comparação social, é também baseada no sentido de virtude ou de valor moral, considerada representativa do valor pessoal, ligada a normas e valores respeitantes ao comportamento pessoal e interpessoal, em termos de justiça, de reciprocidade e de honra (Wells & Marwell, 1976 citado em Vaz-Serra, 1986a).

No que concerne à autoeficácia, este conceito foi elaborado por Bandura, teórico da Aprendizagem Social, que a define como

os julgamentos do sujeito acerca das suas capacidades para organizar e executar os cursos de acção necessários para atingir determinados tipos de desempenhos. Não se refere às competências que o sujeito possui, mas ao julgamento acerca do que o indivíduo pode fazer, quaisquer que sejam as competências que ele possua. (citado em Azevedo 1999, p. 23)

A autoeficácia é um processo cognitivo, uma vez que lida com julgamentos percebidos ou avaliações feitas pelos indivíduos acerca da sua competência para desempenhar adequadamente uma determinada tarefa específica (Bandura, 1986 citado em Marlatt & Gordon, 1993). Palenzuela et al. (1997) definem a autoeficácia como as autopercepções em que o indivíduo acredita e confia na sua capacidade e eficácia para enfrentar o meio ambiente com efetividade e êxito, levando assim a consequências desejadas. Ou seja, a “auto-eficácia é um julgamento sobre a confiança na competência pessoal” enquanto o “auto-conceito é um julgamento sobre a competência pessoal” (Neves & Faria, 2009, p. 212).

Bandura (1997) defende que para concretizar os seus objetivos, as pessoas tentam exercer controlo sobre os eventos que afetam suas vidas e deste modo, a autoeficácia percebida, ou a crença na própria capacidade pessoal, regula o funcionamento humano em quatro aspetos macro:

- Cognitivo: as pessoas com alta autoeficácia são mais propensas a ter altas aspirações, estabelecem para si próprios desafios difíceis e comprometem-se firmemente a responder a esses desafios. Orientam as suas ações, visualizando resultados de sucesso, em vez de se deterem sobre as suas deficiências pessoais ou formas em que as coisas podem correr mal;
- Motivacional: as pessoas motivam-se pela formação de crenças sobre o que elas podem fazer, antecipando prováveis resultados, estabelecendo objetivos e planeando o desenvolvimento da ação. A motivação será mais forte quanto mais a pessoa acreditar que pode atingir os seus objetivos e ajustá-los com base no seu progresso, podendo determinar maior perseverança e resiliência face a falhas e/ou fracassos;
- Humor ou afeto: as pessoas que acreditam na sua autoeficácia regulam os estados emocionais de várias maneiras: (1) gerem as ameaças, têm menos angústias e menor ansiedade; (2) menor stresse e ansiedade permitem agir de forma a tornar o ambiente menos ameaçador; (3) têm alta capacidade de enfrentamento e melhor controlo sobre os pensamentos perturbadores. A pesquisa mostra que o que causa sofrimento não é a frequência absoluta dos pensamentos, mas a incapacidade para os desativar. As pessoas com alta autoeficácia são capazes de relaxar, desviar a sua atenção, acalmar-se e buscar o apoio de amigos, familiares e outros;
- Relacional: a baixa autoeficácia pode levar diretamente à depressão através de relações sociais pouco gratificantes, originando um fraco apoio social,

contrariamente, as pessoas com alta autoeficácia, atraem o apoio de outros, o que reforça sua capacidade de lidar e de relacionamento interpessoal.

Relativamente à autoimagem Rosenberg (1965 citado em Vaz-Serra, 1986a) define-a como o conjunto de percepções formadas quando a pessoa se constitui o objeto da sua própria observação, ou seja, são as percepções que o sujeito constrói, em que ele próprio é o objeto. Cada indivíduo constrói várias autoimagens (por exemplo: autoimagem como profissional, autoimagem como praticante de uma modalidade desportiva, autoimagem como filho, autoimagem como cônjuge, entre outras), contudo mais importante que a sua diversidade, é o valor que cada indivíduo atribui a essas autoimagens e a hierarquia que estabelece entre elas. Para o indivíduo têm maior significado as autoimagens a que atribui maior importância (pode dar mais apreço à autoimagem como profissional do que a qualquer outra), estas são mais estáveis e consistentes, localizam-se, por isso, num plano hierárquico superior. São estes dois aspetos (valoração e hierarquia) que têm maior impacto a nível do autoconceito.

3. AVALIAÇÃO E ALGUMAS IMPLICAÇÕES EDUCACIONAIS, SOCIAIS E CLÍNICAS

Os estudos científicos desenvolvidos ao longo dos anos têm evidenciado que o construto do autoconceito está implicado em inúmeras situações educacionais, de relacionamento interpessoal e também em situações clínicas físicas e psíquicas.

Os estudos de Wylie (1979) mostram que são diversas as variáveis que podem interferir na génese do autoconceito. Sublinham a importância da família na formação do autoconceito, que para além de funcionar como modelo e fonte de reforço (nomeadamente os pais) influenciando as ideias e os sentimentos que o filho tem sobre si próprio e o tipo de pessoa que deveria ser, é também um mediador parcial relativamente às variáveis raça, género e estatuto socioeconómico.

No seguimento destas investigações os mesmos autores concluem que a autoaceitação da criança está relacionada com o modo como percebem que os pais a aceitam, mas também associada à semelhança que pressupõe existir entre si e os progenitores. As famílias desfeitas propiciam um mau desenvolvimento do autoconceito, podendo no caso de perda de laços familiares ser mais lesiva do que a morte de um dos progenitores (Wylie, 1979).

Também Vaz-Serra, Firmino e Matos (1987a), utilizando o Inventário Clínico do Auto-conceito, estudam a influência das relações pais/filhos na génese do

autoconceito e concluem que quanto melhor a atmosfera familiar melhor é o autoconceito, contrariamente, uma má relação com os progenitores origina um mau autoconceito e consequentemente um mau ajustamento do indivíduo, ou seja, uma relação para com o filho de tolerância, compreensão, de ajuda e de incentivo para ultrapassar as dificuldades é importante para que se crie um bom autoconceito. Igualmente, o estudo desenvolvido por Bell, Avery, Jenkins Feld e Schoenrock (1985 citado em Valente, 2002) com estudantes universitários revela que o sentimento de proximidade emocional e o afeto positivo dos pais se correlacionam com medidas múltiplas de competência social, incluindo a autoestima social, instrumentalidade, expressividade, timidez, grau de satisfação e autoconceito geral.

Como vimos, a intervenção dos pais é indiscutível, contudo não podemos deixar de mencionar o papel dos professores e do grupo de pares na formação do autoconceito e do desenvolvimento pessoal, dado o grande período de tempo que as crianças e os jovens passam na escola.

Nas últimas décadas a preocupação da Escola, até então meramente centrada em competências e aprendizagens cognitivas, estendeu-se à promoção de competências nas dimensões socioafetiva, interpessoal e moral do desenvolvimento dos estudantes. Paralelamente, os estudos centrados em variáveis não cognitivas evidenciam o autoconceito como uma variável com estreita relação e carácter preditivo do rendimento e da realização escolar dos estudantes (Faria & Fontaine, 1990).

A investigação com estudantes na transição do ensino secundário para o ensino superior, utilizando o Self-Description Questionnaire III (SDQ III) desenvolvido por Marsh, salienta a existência de diferenças de género, sendo que a autoestima global e o autoconceito não académico favorecem os rapazes, enquanto o autoconceito académico favorece as raparigas (Faria & Azevedo, 2004).

No que se refere às relações de namoro, o autoconceito apresenta uma associação positiva com a vinculação amorosa e vinculação segura, através da aceitação social (Custódio et al., 2010).

Também a comparação social se mostra fortemente ligada ao autoconceito, resultado evidenciado num estudo transcultural realizado em 26 países, incluindo Portugal, desenvolvido por Marsh e Hau (2003), que revelou que estudantes igualmente capazes do ponto de vista intelectual apresentam um baixo autoconceito quando inseridos em turmas de alunos brilhantes, mas um

autoconceito elevado quando inseridos em turmas de estudantes com menor capacidade intelectual.

Numa faixa etária mais avançada, os estudos revelam que o autoconceito tem uma importante capacidade preditiva em relação às expectativas. Deste modo um bom autoconceito está ligado a expectativas positivas do indivíduo acerca de si próprio (Vaz-Serra & Firmino, 1986). Também foram encontradas correlações positivas com a atribuição do reforço obtido em determinada situação ao seu próprio esforço (locus de controlo interno; Vaz-Serra, Firmino & Matos, 1987b), com a utilização de estratégias de coping (Vaz-Serra, Firmino & Ramalheira, 1988; Vaz-Serra & Pocinho, 2001) e com o bem-estar subjetivo e a percepção geral da saúde em pessoas com doença cardíaca (Gomes & Ribeiro, 2001).

Outros estudos efetuados no âmbito de situações clínicas mostram que o autoconceito se correlaciona negativamente com perturbações emocionais (Vaz-Serra, Antunes & Firmino, 1986), perturbações psicopatológicas de nível neurótico (Mota-Cardoso, Moura, Pais & Veríssimo, 1986), dependência de álcool (Almeida, Gomes, Breda & Lameiras, 1999), sintomas depressivos (Vaz-Serra, Matos & Gonçalves, 1986), distúrbios de ansiedade (Sahin, Batigun & Uzun, 2011), ansiedade social (Vaz-Serra, Gonçalves & Firmino, 1986), solidão e comportamentos de lidar com estados de tensão (Vaz-Serra, Firmino, Barreiro & Fael, 1989). Igualmente, em jovens foi evidente uma correlação negativa entre autoconceito e autolesão não-suicida (Claes, Houben, Vandereycken, Bijttebier & Muehlenkamp, 2010) e ansiedade e estado de saúde (Neves & Ribeiro, 2000; Edwards, Burnard, Bennett & Hebden, 2010).

Todas estas investigações referenciadas são de inegável valor, dado que traduzem a importância deste construto nas diferentes vertentes, havendo ainda um largo espaço de investigação que inclui o desenvolvimento e promoção do autoconceito.

CAPÍTULO III – EMOÇÕES E ALEXITIMIA

“(...) a definição concreta de emoção e sentimento em termos cognitivos e neurais não diminui a sua beleza ou horror, ou o seu estatuto na poesia ou na música. Compreender como vemos ou como falamos não desvaloriza o que é visto ou falado.”

Damásio (1996, p. 177)

As emoções, apesar do primado secular da razão, de culturalmente serem consideradas como algo vergonhoso, algo a esconder, sinónimo de fraqueza, sabe-se hoje, que exercem uma influência marcante na vivência do ser Humano, que determina toda a dimensão biopsicossocial. Reúnem influências inatas, mas também resultantes da aprendizagem, da cultura e da evolução, produzindo estados emocionais que determinam o Ser Social que é o Homem.

Contrariamente, a incapacidade em processar e regular as emoções – alexitimia – é vista como um défice cognitivo-afetivo que condiciona o modo como o indivíduo vivencia e exprime as suas emoções.

Este conceito, desenvolvido inicialmente a partir de observações clínicas em pessoas com doenças psicossomáticas clássicas, foi mais tarde relacionado com outras patologias psiquiátricas (distúrbios alimentares, distúrbios de ansiedade, consumo de substâncias, entre outros) e físicas (doenças cardíacas, doenças reumáticas, doenças gastrointestinais, entre outras). Rapidamente atrai o interesse de clínicos, teóricos e investigadores, o que decisivamente contribuiu para a sua conceptualização e descrição das suas características clínicas com grande unanimidade. Atualmente o seu interesse científico estende-se também a populações saudáveis. A alexitimia não faz parte das classificações psiquiátricas internacionais, porém o seu valor heurístico deu lugar a numerosas investigações.

Este capítulo abordará sumariamente as emoções e a sua importância na natureza humana; a alexitimia: seu conceito, modelos etiológicos, classificação, alguns dados da epidemiologia e os mais recentes achados em termos de intervenção no seu tratamento e prevenção.

1. EMOÇÕES

A palavra emoção deriva de *e-movere* e significa movimento de exteriorização, que designa um conjunto de respostas neurais e neuro-humorais, dela resultando o estado emocional (Veríssimo, 2000).

As emoções são aspetos essenciais da natureza humana. Elas representam uma parte significativa da nossa herança evolutiva, biológica, cultural e da nossa adaptação ao ambiente físico e social (Izard, 2002) e desempenham um papel crítico na evolução, ontogenia, e no funcionamento da consciência (Damásio, 1996), formando a base para a consciência e o comportamento moral através do seu papel na empatia, simpatia e carinho. As emoções motivam para o pensamento adaptativo e ação, facilitando o comportamento social e a criativa resolução de problemas (Izard, 2002, 2009).

Para Izard (1977) a definição completa da emoção deve ter em conta três componentes: o sentimento ou experiência consciente das emoções; o processo que ocorre no cérebro e sistema nervoso e os padrões observáveis da expressividade da emoção, especialmente na face.

A emoção, concebida como uma motivação para a cognição e para o comportamento, é considerada como primordial no desenvolvimento humano, facilitando o funcionamento e a organização de vários sistemas orgânicos (Izard, 1984 citado em Torres & Guerra, 2003). Apesar do estudo das emoções se ter desenvolvido recentemente no campo da psicologia, já existem alguns investigadores que as consideram como o principal sistema motivacional do Ser Humano (Izard, 1991 citado em Torres & Guerra, 2003).

Segundo Izard (1991) as emoções constituem um subsistema da personalidade, a par com outros subsistemas: homeostático (regula e controla as emoções; responsável pela sobrevivência), pulsional (fome, sede, atividade sexual e evitamento da dor), perceptivo, cognitivo (comunicação) e motor (ação) que apesar de terem um certo grau de independência, estão interrelacionados. O subsistema das emoções é considerado o principal sistema motivacional pois compete-lhe ampliar os sinais emitidos pelas pulsões e reagir à informação processada pelo organismo em função de impulsos internos ou estímulos externos, motivando e dando sentido ao comportamento do sujeito (1991 citado em Ferreira, 2005).

Uma emoção é definida como a integração de conjuntos particulares de processos neuroquímicos, motores e mentais. Considera-se que os processos neuroquímicos de uma dada emoção têm algumas características estruturais

subjacentes que os distinguem de qualquer outra. Esta evidência, por sua vez, é assinalada por representações motoras e mentais também elas específicas e únicas (Izard, 1984, 1991 citado em Torres & Guerra, 2003).

A definição de emoção além da componente neural, faz também referência a uma componente expressiva/motora (movimentos expressivos específicos ou tendências de ação que definem a resposta emocional – expressão facial prototípica, a postura, a expressão vocal, os movimentos dos olhos e da cabeça e a ação muscular) mas também inclui a componente experiencial (experiências subjetivas mais comumente avaliadas através dos registros verbais dos sentimentos e os processos ou condições motivacionais ao nível da consciência, pode incluir cognições específicas ou tipos particulares de pensamento), uma vez que as alterações no sistema nervoso, que conduzem à vivência das emoções, são desencadeadas por acontecimentos externos ou internos (Izard, 1991 citado em Ferreira, 2005).

As emoções são fenómenos psicofisiológicos breves que têm um cariz adaptativo em relação às mudanças do meio. Em termos psicológicos as emoções alteram a atenção, mudam certos comportamentos nas hierarquias de resposta e ativam redes associativas relevantes na memória. As emoções influenciam diretamente as percepções através dos sentidos, afetando os processamentos de informação e as ações subsequentes. O comportamento humano é assim fortemente determinado pelas emoções (Izard, 1977; Levenson, 1994; Damásio, 1996).

A importância adaptativa das emoções no Homem foi realçada por Darwin (1872) há mais de um século, e reforçada por Ekman (1982) que ao analisar uma ampla série de estudos incluindo os seus, conclui que há movimentos faciais típicos de cada um dos estados emocionais primários ou emoções fundamentais (citado em Bitti & Zani, 1997).

Damásio (1996, 2000) propõe a designação de emoções primárias ou universais: alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa, aversão (nojo); emoções secundárias ou sociais: vergonha, interesse, culpa, desprezo, ciúme; e emoções de fundo: bem-estar, mal-estar, calma e tensão. As emoções primárias são inatas, pré-organizadas, *jamesianas* e transculturais, dependem dos circuitos do sistema límbico (amígdala e cíngulo caudado anterior são os principais) e permanecem como uma parte estável no leque das emoções humanas. As emoções secundárias são aprendidas na interação social e as emoções de fundo são respostas constitutivas com origem na natureza interna, geradas por

processos fisiológicos em curso ou por interações do organismo com o meio (Damásio, 1996, 2000).

A emoção é a combinação de um processo avaliatório mental, simples ou complexo, com respostas disposicionais a esse processo, na sua maioria dirigidas ao corpo propriamente dito, resultando num estado emocional do corpo, mas também dirigidas ao próprio cérebro (...), resultando em alterações mentais adicionais. (Damásio, 1996, p. 153)

De fora ficou a percepção de todas as mudanças que constituem a resposta emocional, que o autor considera no termo sentimento (Damásio, 1996).

Deste modo, o comportamento adequado inclui as emoções de fundo, mas também as ações ou emoções específicas relacionadas com os acontecimentos ou estímulos específicos que ocorrem em determinado acontecimento ou situação (Damásio, 2000).

2. CONSTRUTO DE ALEXITIMIA E SEU DESENVOLVIMENTO

O neologismo alexitimia foi criado por Peter Sifneos em 1967, a partir das raízes gregas: *a* = sem; *lexis* = palavras; *thymus* = emoções (sem palavras para as emoções), tendo-o utilizado pela primeira vez numa conferência de psicossomática realizada em Roma (Rubia, 2005). Adquire maior protagonismo com a publicação do seu artigo “*The prevalence of alexithymic characteristic in psychosomatic patients*” em 1973, incluindo aqui um conjunto de características cognitivo-afetivas que ocorrem nas pessoas com distúrbios psicossomáticos.

Contudo o interesse pela observação clínica de pessoas que apresentavam uma grande incapacidade para expressar verbalmente os seus conflitos com recurso à sua expressão por via somática, já havia despertado o interesse dos teóricos psicanalíticos Durvan em 1935 e de Alexander em 1950 (Lopes, 2009). O estudo de pessoas que apresentam dificuldades nas relações interpessoais, na expressão verbal e simbólica dos conflitos e na integração de experiências, com excessivo nível de conformidade social, expondo-se repetidamente a situações de frustração com as quais não sabem lidar, levam Ruesch (1948) a descrever um tipo de personalidade psicossomática que designou de “personalidade infantil”, como o problema central nos distúrbios psicossomáticos. Na década de 60, os psicanalistas franceses Marty e M’Uzan, partindo da observação das características cognitivas e da qualidade da relação em doentes psicossomáticos propõem o conceito “pensamento operatório” para designar um funcionamento

mental específico e comum a estes doentes (Lopes, 2004a; 2004b). Destacam “um estilo de raciocínio concreto, objetivo, voltado para a realidade externa, com uma vida interior pobre e com ausência de reação afetiva frente a situações de perda ou traumas” (Carneiro & Yoshida, 2009, p. 103). Na mesma década, Kristal (1960) descreve as características alexitímicas em doentes vítimas do Holocausto, ex-combatentes do Vietnã com estados de stresse pós-traumático grave e em dependentes de drogas. Postula que estas características têm origem em situações traumáticas ocorridas desde a idade adulta, produzindo uma alteração (regressão) no desenvolvimento afetivo do indivíduo (citado em Prazeres, 2000).

Até então, as observações descritas partem essencialmente de um esquema psicanalítico, mas é com Nemiah e Sifneos (1970) que a investigação adquire um modo sistémico. Realizam 20 entrevistas clínicas psiquiátricas com doentes que sofrem de doença psicossomática, com o objetivo de estudar a natureza do seu conteúdo mental e a sua capacidade de experienciar/sentir afeto. Nas entrevistas estimulam a associação livre e o relato de sonhos e confirmam que estes doentes manifestavam um desconhecimento total de sentimentos ou uma incapacidade quase completa para colocar em palavras o que estavam a vivenciar e, que as associações, na maioria dos doentes, foram caracterizadas por uma ausência quase total de fantasia ou outros materiais relacionados com o seu interior, da vida privada mental de pensamentos, atitudes e sentimentos, e um relato, muitas vezes em detalhe quase infinito, de circunstâncias e eventos no seu ambiente, incluindo suas próprias ações. Concluem que muitos indivíduos somaticamente doentes têm grandes dificuldades na expressão verbal de sentimentos, uma notável diminuição de fantasias e um estilo cognitivo lateral, sem matrizes e orientado para o exterior. De acordo com os mesmos autores, os doentes psicossomáticos podem utilizar expressões simples, como “triste” ou “feliz”, mas não descritivas para caracterizar os estados afetivos de uma forma mais detalhada.

Tendo por base esta evolução, é então em 1973 que Sifneos utiliza o termo alexitimia, ao estudar a prevalência daquilo a que chama *características alexitímicas*: constrição relativa no funcionamento emocional, pobreza na capacidade de fantasiar e incapacidade de encontrar palavras apropriadas para descrever as suas emoções, em doentes com distúrbios psicossomáticos, incluindo assim um conjunto de fatores cognitivo-afetivos (que os distinguem dos doentes com patologia neurótica). Levanta a questão sobre se essas características são devidas a fatores biológicos ou do desenvolvimento e conclui

que os doentes com estas características não são bons candidatos para a psicoterapia dinâmica.

Nas décadas de 80 e 90, muitos estudos foram desenvolvidos com o intuito de melhor compreender a etiologia e as dimensões da alexitimia. Porém, a falta de uma teoria consistente que desse suporte ao construto teórico foi um dos determinantes para as inconsistências e a falta de consenso encontradas na literatura. Paralelamente, a realização de estudos empíricos com amostras pequenas, desenhos de investigação inadequados, utilização de instrumentos fracos metodologicamente, imprecisão na definição e operacionalização do construto, entre outros, parecem ser também outras razões para a falta de consenso (Carneiro & Yoshida, 2009). Contudo, as características clínicas do construto da alexitimia vão-se formulando desde que convergem os primeiros dados empíricos observáveis. As particularidades constituintes da síndrome são confirmadas em diversas ocasiões, por diferentes investigadores, épocas e lugares, com grande unanimidade de critérios.

A alexitimia corresponde assim, a um défice na capacidade de usar processos cognitivos para a regulação das próprias emoções (Nemiah, Freyberger & Sifneos, 1976 citado em Almeida & Machado, 2004), cujas características clínicas mais marcantes são: 1) dificuldade em identificar e descrever sentimentos; 2) dificuldade para distinguir entre sentimentos e sensações corporais decorrentes da ativação emocional; 3) diminuição dos processos imaginativos evidenciada por escassa fantasia e 4) estilo cognitivo orientado externamente (maior preocupação com acontecimentos externos do que com experiências internas; Taylor, Bagby & Parker, 1991).

Prazeres (2000), para além das características das áreas afetiva (1, 2) e cognitiva (3, 4) referidas anteriormente, acrescenta a área relacional considerando que estes indivíduos estabelecem relações interpessoais pobres, superficiais, sem profundidade e desvitalizadas, com tendência ao seu evitamento, à dependência marcada ou ao isolamento (Gomez, Eizaguirre & Aresti, 1997), apresentando habitualmente um elevado grau de conformidade social que se pode confundir com normalidade, no entanto este comportamento é rígido e formal, sujeito às regras convencionais (Fernández, 1999). Estes indivíduos apresentam também uma “incapacidade em perceber o outro como possuindo uma individualidade própria” o que em conjunto com a “incapacidade em perceber os sentimentos em si e nos outros, contribui para uma capacidade reduzida de empatia e de compreensão humana” (Prazeres, 2000, p. 113).

A influência da alexitimia nas relações interpessoais é destacada por outros autores, considerando a pessoa com alexitimia com pouca capacidade para empatizar com o outro (Davies, Stankov & Roberts, 1998, citado em Veríssimo, 2000; Krueger, 1998, citado em Eizaguirre, 2002) o que, para além de dificultar as relações interpessoais, dificultaria também a psicoterapia essencialmente dinâmica (Kristal, 1979; Silva & Vasco, 2010; Freire, 2010), verificando-se uma tendência para um estilo de relação evitativa (Posner, 2000, citado em Eizaguirre, 2002). Também Freire (2010, p. 22) salienta que a superficialidade dos relacionamentos estabelecidos pelo indivíduo com alexitimia, pode gerar “sensações emocionais vagas e indiferenciadas (...), insuficientes para sustentar um relacionamento mais profundo”.

Gomez et al. (1997) salientam também que os tipos de personalidade mais frequentes são: psicopático, narcisista, passivo-agressivo e passivo-dependente.

A impulsividade é outra característica descrita por Fernandez (1999), segundo o qual, os conflitos manifestam-se em ações irreflexivas (violentas explosões do comportamento afetivo – choro ou raiva), sem que o próprio indivíduo as relacione com as emoções subjacentes, revelando desconhecimento sobre os seus próprios sentimentos e, na maioria dos casos, não são capazes de vinculá-las com as memórias (Taylor et al. 1991).

O processo de decisão também se encontra limitado na pessoa com alexitimia (Freire, 2010), uma vez que decidir implica uma escolha entre opções baseada em emoções conscientizadas, motivações (desejos) e metas (futuro imaginado; Damásio, 1996, 2000).

Mais recentemente Taylor, Bagby e Parker (1999) consideraram, na definição do construto, como centrais as características: 1) dificuldade em identificar e descrever sentimentos e distingui-los das sensações corporais decorrentes da ativação emocional; 2) dificuldade em descrever os sentimentos dos outros e 3) fantasia empobrecida e estilo cognitivo orientado externamente.

A alexitimia enquadra-se assim, no conceito de desregulação emocional, que poderá favorecer a tendência para estados de tensão física e de ativação fisiológica mais ou menos prolongados, suscetibilizando o indivíduo ao desenvolvimento de perturbações de índole médica e psiquiátrica (Veríssimo, 2000), considerando-se como um potencial fator de risco para o desenvolvimento de diversas perturbações (Prazeres, Taylor & Parker, 2008).

3. BASES ETIOLÓGICAS

Não havendo um consenso sobre a causa da alexitimia, várias explicações etiológicas têm sido propostas no intuito de esclarecer a origem desta alteração, admitindo-se que múltiplos fatores: biológicos (genéticos, neurofisiológicos), psicossociais (desenvolvimento, aprendizagem social) e socioculturais possam contribuir para o seu aparecimento.

Relativamente à **hipótese genética**, apenas existe referência ao estudo conduzido por Heiberg (1978) utilizando o Beth Israel Psychosomatic Questionnaire na comparação de gémeos monozigóticos e dizigóticos, evidenciando-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, com os pares monozigóticos a ter resultados mais semelhantes do que os pares dizigóticos, tendo o autor concluído que existe uma forte componente hereditária na alexitimia. Contudo estes resultados devem ser interpretados com alguma cautela, considerando o reduzido número de pares estudados (15 monozigóticos e 18 dizigóticos) para concluir acerca da hereditariedade, bem como o não controlo de outras variáveis, nomeadamente socioculturais e ambientais, uma vez que os gémeos foram criados juntos, compartilhando ambientes similares, onde a aprendizagem social e os estilos de comunicação influenciam o comportamento posterior (Lesser, 1981).

A **hipótese neurofisiológica** foi proposta por McLean (1949) fundamentando-se no facto de que habitualmente nos indivíduos destros, a emoção se localizar no hemisfério direito e a expressão verbal no hemisfério esquerdo, considerando que nos indivíduos com alexitimia produzir-se-ia um défice na capacidade de verbalização das emoções. McLean (1949) estuda doentes com perturbação psicossomática e afirma que existem alterações na conexão entre o sistema límbico ("*visceral brain*") e o neocórtex ("*word brain*"), pelo que o doente com esta perturbação poderia, unicamente, expressar o seu estado emocional através da linguagem dos órgãos. Contudo, é Nemiah que em 1975 relança esta hipótese propondo como explicação da origem da alexitimia a existência de uma interrupção ou de um bloqueio no fluxo ascendente de informação entre hipotálamo e neocórtex, podendo o indivíduo com alexitimia experimentar a parte autonómica do afeto, mas não a parte psíquica (Otero, 2000).

A hipótese neurofisiológica centra-se em dois modelos, o anterior designado como modelo vertical e o seguinte designado por modelo transversal (Fernandes & Tomé, 2001).

O estudo de Hoppe e Bogen em 1977, com doze doentes com epilepsia resistente a tratamento farmacológico e comissuretomizados cirurgicamente, demonstrou que após a intervenção estes doentes apresentavam um déficit de fantasia, escassez de sonhos e fraca capacidade para simbolizar. A semelhança entre o conceito de pensamento operatório e estes resultados, leva os autores a introduzirem o conceito de *comissurectomia funcional* nos doentes com perturbação psicossomática. Deste modo, a alexitimia representaria uma perturbação funcional defensiva, pela qual não há possibilidade de traduzir as emoções viscerais do hemisfério direito em palavras próprias por parte do hemisfério esquerdo, resultando numa hipercatexia das sensações corporais (Otero, 2000).

Ten-Houten, Walter, Hoppe e Bogen (1987) investigam a hipótese anterior com 8 doentes com comissurectomia (6 total e 2 parcial) e 8 controlos. Os resultados mostram mais características alexitímicas em pessoas com comissurectomia, com exceção de um elemento do grupo controlo que apresentou elevadas características alexitímicas. Concluem que a comissurectomia completa é uma condição suficiente mas não necessária, para a existência de elevadas características alexitímicas. Este foi um importante passo para a determinação da possível existência de uma comissurectomia funcional em indivíduos com alexitimia neurologicamente intactos (Otero, 2000). Os achados de Zeitlin, Lane, O'Leary e Schrift (1989) e de Zeitlin, McNally e Cassidy (1993), com doentes com perturbação de stress pós-traumático (de guerra e de abuso sexual, respetivamente), corroboram a associação entre alexitimia e desconexão funcional inter-hemisférica.

Os estudos de Geffen, Nilsson, Quinn e Teng (1985) e de Bogen e Bogen (citado em Fernandes & Tomé, 2001) salientam o papel do corpo caloso na área neuropsicológica e defendem que nos casos de inibição do hemisfério direito, devido ao bloqueio nas trocas inter-hemisféricas transcalosais, as representações simbólicas e fantasias não estão disponíveis para o processo de transformação e articulação verbal pelo hemisfério esquerdo.

Blanchard et al. (1981) detetaram maior prevalência de características alexitímicas nos homens, o que relacionaram com uma menor especialização hemisférica e uma maior plasticidade neuronal nas mulheres (citado em Fernandes & Tomé, 2001).

Recentemente as novas técnicas de imagem, como: a Tomografia Axial Computadorizada, a Ressonância Magnética Cerebral, a Tomografia por Emissão

de Positrões, o Estudo de Sono, entre outros, permitiram uma reavaliação da hipótese neurobiológica inicial através de novas descobertas.

Recorrendo à neuroimagem, Lane, Sechrest, Riedel, Shapiro e Kaszniak (2000) estudam pessoas com alexitimia, com ausência de vivência (experiência) emocional e de processamento cognitivo. Os resultados sugerem que durante a excitação emocional, a incapacidade de regular e processar cognitivamente as emoções estava associada a um déficit na atividade do córtex cingulado anterior direito. Os autores atribuem a essa área a habilidade de perceber o estado mental e emocional, tanto em si quanto no outro, sendo que a existência de lesões afetaria os componentes afetivos e, por consequência, também os cognitivos. Também os estudos de Gündel et al. (2004) e de Koponen et al. (2005), utilizando a imagem da ressonância eletromagnética, contribuem para a hipótese de que a morfologia do córtex cingulado anterior direito se correlaciona com a alexitimia (avaliação através da Escala de Alexitimia de Toronto [TAS – 20] em jovens saudáveis – estudantes universitários). Os resultados também sugerem uma lateralização parcial de processamento da emoção humana, especialmente a emoção negativa.

Taylor e Bagby (2004) referem alguns estudos em que, relativamente às atividades do córtex cingulado anterior direito e da região médio-frontal, foram observadas diferenças associadas ao valor emocional atribuído ao estímulo (cena com conteúdo emocional), uma tarefa cognitiva atribuída ao hemisfério esquerdo. Os mesmos autores discutem também alguns estudos experimentais acerca da atividade das amígdalas direita e esquerda e do córtex pré-frontal direito, levantando a hipótese de que indivíduos com mais alexitimia, portanto com menos capacidade para identificar e nomear as suas emoções, teriam mais dificuldades em controlar as respostas da amígdala do que os indivíduos com menos alexitimia.

Mais recentemente Decety e Moriguchi (2007) e Moriguchi et al. (2007), partindo dos pressupostos que a consciência de estados emocionais em si é um pré-requisito ao reconhecimento de estados dos outros e que a alexitimia, enquanto dificuldade em identificar e expressar os próprios estados emocionais, deve envolver comprometimento da empatia, desenvolvem um estudo utilizando a ressonância magnética funcional para comparar dois grupos (com alexitimia e sem alexitimia) de jovens adultos estudantes sem patologias neurológica, médica ou psiquiátrica. No grupo com alexitimia os resultados mostram uma ativação cerebral menor no córtex pré-frontal dorsolateral esquerdo, na ponte dorsal, no

cerebelo e no córtex cingulado anterior esquerdo, na matriz da dor. Verificam uma diminuição na classificação da dor e pontuações mais baixas de empatia neste grupo e concluem que o compromisso dos aspetos cognitivos da empatia pode ser uma parte do défice central na alexitimia, que está associada ao compromisso da regulação emocional e também destacam a importância da autoconsciência na empatia.

Partindo do pressuposto que estar exposto a sinais de medo nos faz sentir ameaçados e nos leva a preparar uma resposta adaptativa, Pouga, Berthoz Gelder e Grèzes (2010) estudam o papel desempenhado pela amígdala, córtex pré-motor e córtex cingulado anterior na preparação da resposta motora exigida em situação ameaçadora, usando diferenças interindividuais na alexitimia, concluem que existe um traço de personalidade associado a défices na reatividade emocional e de autorregulação da emoção e que a nível comportamental, o mecanismo neural (interação do córtex cingulado anterior com pré-motor) pode ser responsável pela descrição da personalidade "sangue frio" dos indivíduos com alexitimia.

O estudo da patologia psicossomática, numa perspetiva psicanalítica, parte do pressuposto que esta é uma consequência de conflitos internos. Estes, ao não encontrarem a sua expressão (tradução) e resolução verbal, manifestam-se através dos canais somáticos. Deste modo, diversos autores de relevo no estudo da alexitimia defendem que a sua origem pode ser influenciada por diversos **fatores psicodinâmicos**.

Marty e M'Uzan (1963 citado em Fernandes & Tomé, 2001) e Nemiah e Sifneos (1970) propõem inicialmente um modelo de défice estrutural, considerando que a inabilidade dos indivíduos com alexitimia para contactar com os seus sentimentos internos, não seria em resultado de resistências, mas sim em resultado de um défice da capacidade simbólica. Esta ideia foi desenvolvida pela Escola de Psicossomática de Paris. Segundo Marty (1995), quando se instituem faltas importantes na construção das representações da palavra ligadas aos valores afetivos, a criança só pode adquirir uma formação de simbolização rudimentar. Esta capacidade seria a base para o desenvolvimento da fantasia, que está deficitária no indivíduo com alexitimia. Assim, mesmo na neurose, os sonhos, as fantasias e as interações simbólicas integram as pulsões fantasmáticas. O doente com alexitimia apresenta uma vida pobre e desafetivamente ligada a uma realidade factual, concreta e simplificada (citado em Otero, 2000).

Por outro lado, McDougall (1982) defende que a alexitimia, nos seus estados mais graves, não é necessariamente uma anomalia ou uma incapacidade psíquica para sentir ou expressar emoções, mas uma intensa defesa contra a vitalidade interna, destinada a evitar fantasias primárias de intrusão ou abandono, ou o retorno a um estado traumático de desamparo ou desesperança na vida psíquica. Nesta perspetiva, a génese da alexitimia ocorre da infância durante o desenvolvimento da criança, mais concretamente nas vicissitudes da relação mãe-bebé. O bebé incapaz de organizar as suas experiências emocionais é, por definição, pela sua própria imaturidade, alexitímico. Depende de outra pessoa, por suposto a mãe, para lidar com os seus estados emocionais, nomear os afetos e proporcionar o potencial de pensar (ou de não pensar) sobre os seus sentimentos.

McDougall (1982, 1991) concebe a alexitimia como uma poderosa defesa contra a vitalidade interna afetiva, onde predominam os mecanismos de defesa: clivagem e identificação projetiva. Os afetos, primitivos, pouco matizados e integrados, teriam um carácter avassalador e o seu aparecimento assinala a possibilidade de ser submerso por afetos incontroláveis que fazem vacilar a adaptação e a capacidade de controlo, podendo despertar o medo da morte psíquica, da desorganização e da loucura. Deste modo, todas as perceções capazes de evocar reações afetivas poderosas são rapidamente evitadas ou repudiadas da consciência. Sem outros mecanismos para lidar com os conflitos e o stresse, o indivíduo não tem outro recurso, senão atacar qualquer perceção que se arrisque a despertar a emoção. Para este autor, a modalidade comunicativa e relacional alexitímica pode, em alguns casos, ser comparada à retirada esquizoide já que “ambas procuram manter um estado de morte interna como forma de prevenir a invasão por experiências afectivas tempestuosas” (Prazeres, 2000, p. 116).

Nesta sequência, McDougall defende que nos indivíduos com alexitimia (semelhantes a crianças não-verbais) a ocorrência de graves perturbações de relação nos primeiros anos de vida, vai estar na origem do fracasso na introjeção de um objeto materno bom, bem como na utilização de poderosos e arcaicos mecanismos de defesa cujo funcionamento vai conduzir à clivagem da representação-palavra e da representação-afeto, com expulsão da psique tanto do afeto como da sua representação mental (citado em Fonte, 1993).

Também Von Rad (1984) considera que a relação primária pode ser um importante fator na etiologia da alexitimia. Defende que as mães de doentes com

perturbação psicossomática e características alexitímicas “tendem a usar os seus filhos como forma de resolução dos seus problemas narcísicos e como uma extensão de si própria, numa relação primária em que a autonomia e a independência não são possíveis”. A criança tornar-se-ia uma parte do corpo da mãe, sobre a qual exerce uma intensa vigilância, procurando evitar o aparecimento de tensões ou de sentimentos de desprazer. Estas mães, calmantes e hiperprotetoras, funcionam como uma verdadeira barreira de proteção que impede na criança, o desenvolvimento progressivo de estratégias pessoais para lidar efetivamente com o aumento de tensão, tornando-a dependente da sua presença para o fazer (citado em Prazeres, 2000, p. 115).

Investigações psicanalíticas mais recentes destacam também a forte associação entre mecanismos de defesa primitivos e características alexitímicas. Os investigadores consideram que o estilo defensivo destes doentes é inadequado e imaturo e que a sua origem estaria em falhas ocorridas na relação pai-bebé/mãe-bebé, que impedem o desenvolvimento da capacidade emocional da criança. Contrariamente, com a sintonia afetiva dos pais, o afeto é diferenciado e, simultaneamente, verbalizado e dessomatizado (Kristal, 1997; Kooiman, Spinhoven, Trijsburg & Rooijmansa, 1998).

Também os **aspetos cognitivo-comportamentais** têm sido implicados na génese da alexitimia. Assim, Martin e Phil (1985) explicam a origem da alexitimia com base na associação observada entre a presença de características alexitímicas e as doenças psicossomáticas/relacionadas com situações de stresse, definem os mecanismos através dos quais o stresse e as características alexitímicas contribuem para o desenvolvimento das doenças relacionadas ao stresse, suportando a hipótese da influência das características alexitímicas na resposta ao stresse fisiológico. Os autores acreditam que perante uma situação de stresse, o indivíduo com características alexitímicas responde de modo específico (sem conseguir lidar de forma adequada) devido à falta de conhecimento emocional, à incapacidade de expressar emoções e à tendência para usar a ação de modo primário, originando que a resposta fisiológica à situação stressora se manifeste de modo exacerbado.

Conceptualmente Lane e Schwartz (1987) propõem um modelo explicativo da consciência emocional baseado no desenvolvimento cognitivo necessário à organização do mundo interno e estruturado em cinco níveis sequenciais: 1) sensório-motor reflexivo – consciencialização das sensações corporais; 2) sensório-motor disposicional – conhecimento do corpo em ação; 3) pré-

operatório – conhecimento dos sentimentos individuais; 4) operatório concreto – conhecimento de sentimentos combinados (mistura); 5) operatório formal – conhecimento de complexas matrizes de agrupamentos de sentimentos. De acordo com este modelo, a emoção é experimentada em diferentes níveis de qualidade e intensidade, desde um estado somático a um estado somato-psíquico ou a um estado psíquico, passando por vários graus de diferenciação e integração crescentes. Os autores concluem que “a indiferenciação da experiência emocional auto-perpetua-se na medida em que o indivíduo com alexitimia evita reflectir sobre ela e gerar representações simbólicas da experiência”, sugerem uma importante razão para este evitamento “a excitação emocional desagradável experimentada como um distúrbio somático opressivo, dominante” (Lane & Schwartz, 1987, p. 140).

Na perspectiva de Shipko, Alvarez e Noviello (1983) a alexitimia é encarada como uma estratégia de coping ineficaz. Defende o autor que o indivíduo em situação de perigo (na qual necessita de ter uma consciência dos seus sentimentos) reage usando um tipo de pensamento operatório, que podendo não ser eficaz, desencadeia um aumento da tensão em escalada, originando mecanismos de coping ineficazes (imaturos), levando o indivíduo a retirar-se da situação ou reagir impulsivamente (Fernandes & Tomé, 2001). Esta perspectiva é também suportada pelos estudos de Parker, Taylor e Bagby (1998), de Hund e Espelage (2006) e de Zahradnik, Stewart, Marshall, Schell e Jaycox (2009) com amostras de indivíduos com stresse pós-traumático.

Os estilos comunicacionais são mediados por fatores socioculturais e modelos de comunicação familiar e aprendizagem social. O ambiente familiar e social pode ser uma influência negativa na capacidade de verbalizar emoções, fantasias e sentimentos, originando o aparecimento de características alexitímicas. Os autores que defendem a hipótese sociocultural não estão necessariamente em oposição às outras hipóteses analíticas discutidas, apenas levam em consideração outros fatores além do intrapsíquico, estudam as diferenças transculturais e demográficas, destacando a repercussão da aprendizagem social do comportamento alexitímico.

A **hipótese sociocultural** salienta a aprendizagem social e cultural como determinantes importantes na génese do comportamento alexitímico. Borens, Grosse-Schulte, Jaensch e Kortemnie (1977) realizaram um estudo com pacientes com doenças psicossomáticas com recurso à entrevista e a testes psicológicos e verificaram que tanto o comportamento verbal na entrevista, como

as respostas aos testes se correlacionava com a classe social. Os pacientes com doenças psicossomáticas de classe socioeconômica baixa e com pouca instrução apresentavam menos fantasias, menos resposta afetiva e mais dificuldades na expressão verbal, comparativamente com indivíduos de classe socioeconômica elevada e mais instruídos. Os autores concluem que a alexitimia poderá ser devida a expectativas culturais ou a exigências de sobrevivência que desencorajam o processo afetivo em favor do processo racional. O que aliás, também é confirmado pelos estudos de Lesser (1981).

Outros estudos (Kauhanen, Kaplan, Julkunen, Wilson & Salonen, 1993; Fukuniski, Kaji, Hosaka, Berger & Rahe, 1997) apontam que os indivíduos com alexitimia seriam menos instruídos, o que os levaria a pertencer a uma classe socioeconômica mais baixa, sendo deste modo a alexitimia a causa do baixo nível socioeconômico e cultural e não a sua consequência. O estudo de Valdés, Jodar, Ojuel e Sureda (2001), com indivíduos com alexitimia, mostra não existir relação da alexitimia com idade, sexo, estado civil e o estatuto socioeconômico, mas sim com níveis educativos inferiores e estratos laborais mais baixos.

Rotenberg (1995) integrando aspetos de diferentes hipóteses etiológicas concebe que a deficiência funcional do hemisfério direito pode ser causada pela falta de relações afetivas entre a criança e os pais. Tais relações afetivas estimulam o desenvolvimento das funções do hemisfério direito e correspondem a essas funções como uma chave para o bloqueio. Se essas relações afetivas são insuficientes, o hemisfério direito tornar-se-á ineficiente, a sua contribuição em mecanismos de defesa psicológicos e de estabilização emocional será perdida, e haverá uma predisposição geral para posteriores transtornos mentais e psicossomáticas (citado em Schore, 2001).

Deste modo, depois de expostas as diferentes hipóteses etiológicas da alexitimia, e aceitando que diversas causas orgânicas possam estar na sua origem, adotamos no nosso trabalho a perspectiva dos autores que consideram que a alexitimia é desenvolvida, é aprendida, a partir das interações com o meio ambiente (familiar e social) principalmente durante as fases iniciais e intermédias do desenvolvimento da pessoa (infância e adolescência). Assumindo-se assim, que a pessoa com alexitimia terá um problema no funcionamento cerebral, uma disfunção, uma desregulação cerebral aprendida, tal como acontece com outras desordens afetivas (Schore, 2003 citado em Freire, 2010).

4. CLASSIFICAÇÃO

A diversidade de fatores etiológicos da alexitimia (genéticos, neurofisiológicos, psicossociais e culturais) tem gerado alguma controvérsia entre os investigadores sobre se a alexitimia seria primária ou secundária. Globalmente os autores consideram que a alexitimia primária estaria mais associada a fatores de natureza biológica e a alexitimia secundária, a fatores de natureza psicossocial. Nesta sequência, também a distinção da alexitimia como um traço ou um estado de personalidade tem sido debatida em inúmeros artigos científicos. Contudo o carácter duradouro do traço de personalidade tem sido associado à alexitimia primária. Contrariamente os autores que sustentam a alexitimia como uma forma de estado do indivíduo, um mecanismo de defesa em reação a uma situação vivida como ameaçadora – *life event* – designam-na como alexitimia secundária.

Nemiah e Sifneos (citado em Fonte, 1993, p. 55) argumentam a favor da alexitimia primária “a alexitimia depende de prováveis alterações estruturais e funcionais a nível cerebral, uma vez que é uma característica permanente e peculiar do funcionamento mental”. Também Taylor et al. (1988), em estudos realizados com a TAS, defendem que a alexitimia é uma dimensão estável da personalidade, originada por um défice na capacidade de diferenciação e representação das emoções e distinta da psicopatologia neurótica, incluindo a depressão.

Outra leitura faz Von Rad desta problemática. Segundo este autor a alexitimia é atribuída a profundas perturbações da relação de objeto, pelo que as características alexitímicas seriam claramente reativas e secundárias (estado), embora em algumas situações possam ser inatas ou primárias (citado em Kooiman et al. 1998). No mesmo sentido, McDougall considera a alexitimia como secundária a uma perturbação profunda e precoce ou a uma qualquer situação traumática do adulto. Ou seja, qualquer pessoa em determinado momento pode agir de um modo operatório ou alexitímico, perante acontecimentos que a envolvam, sendo incapaz de conter as suas vivências que a assediam a refletir sobre elas (citado em Fonte, 1993).

Freyberger em 1977, o primeiro autor a distinguir as duas formas de alexitimia, tenta mostrar que existem os dois tipos de alexitimia: primária e secundária. Para o autor a alexitimia primária representa uma característica estável da personalidade, de origem genética ou neurofisiológica; a alexitimia secundária tem origem em situações traumáticas vivenciadas em períodos críticos

do desenvolvimento infantil, ou em traumas massivos ocorridos na idade adulta. A alexitimia secundária ocorre em indivíduos com doença médica grave, podendo ser explicada como fator de proteção ou defesa contra a emoção intensa que surge nessas circunstâncias. Corresponde, por isso, a um estado transitório que atenua as suas características após o tratamento da doença – alexitimia secundária aguda, ou pode ser um estado permanente em doentes cuja patologia/traumatismo tenha um desenvolvimento crónico – alexitimia secundária crónica (citado em Jacob & Hautekeete, 1999).

5. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A alexitimia inicialmente descrita em indivíduos com perturbações psicossomáticas conduziu à conceção prematura e errónea de uma relação etiológica específica entre alexitimia e doença psicossomática. A presença de características alexitímicas foi encontrada numa frequência superior a 30% em pessoas com doenças psicossomáticas: cardiovasculares (Amorim, Guerra & Maciel, 2005; Rocha, Guerra & Maciel, 2010), imunitárias (Lumley, Tomakowsky & Torosian, 1997), respiratórias (Feiguine, Muliman & Kinsman, 1982; Tselebis et al., 2010), gastrintestinais (Fonte, 1993; Fukuniski et al., 1997; Veríssimo, 2001a; Guimarães & Yoshida, 2008), reumatológicas (Díaz, 1994), fibromialgia (Veríssimo, 2007), síndrome pré-menstrual (Kuczmierczyk, Labrum & Johnson, 1995), entre outras.

Cedo se clarifica que a alexitimia não é específica, nem se verifica de forma universal nas doenças psicossomáticas (Bach, Bach & Zwaan, 1996), sendo a sua presença comprovada em outras doenças somáticas e psiquiátricas. A bibliografia consultada, revela a presença de características alexitímicas num amplo espectro de psicopatologia, como é o caso do: distúrbio de ansiedade (Zeitlin & McNally, 1993; Berthoz, Consoli, Perez-Díaz & Jouvent 1999), distúrbio de stresse pós-traumático (Shipko et al., 1983; Kristal, Giller & Ciachetti, 1986; Zeitlin et al., 1993), distúrbio de pânico (Zeitlin & McNally, 1993), depressão (Loas et al., 1998; Rubia, 2005), somatização (Bach et al., 1996; Almeida & Machado, 2004), distúrbios alimentares (Taylor, Parker, Bagby & Bourke, 1996; Guilbaud et al., 2000; Eizaguerre, Cabezón, Apellaniz & Méndez, 2001), síndrome de dependência de álcool (Finn, Martin & Phil, 1987; Loas et al., 1996; Otmani, Loas, Lecercle & Jouvent, 1999; Loas, Fremaux, Otmani, Lecercle & Jouvent, 2000; Guilbaud et al. 2002; Maciel & Yoshida, 2006) e outras toxicodependências (Pinard, Negrete, Lawrence & Nathalie, 1996; Gago & Neto, 2001).

Igualmente em indivíduos com doença física crónica, com amostras de indivíduos portadores de insuficiência respiratória crónica, insuficiência renal crónica, seropositivo para o VIH, hemofilia, obesidade e fibromialgia, foram encontradas elevadas prevalências de características alexitímicas (Barros, Lobo, Trindade & Teixeira, 1996), bem como nos distúrbios dolorosos agudos (Otero, 2000) e crónicos (Veríssimo, 2008).

Atualmente as características alexitímicas foram também identificadas em amostras não-clínicas: população geral (Loas, Fremaux, Otmani & Verrier, 1995; Matilla et al. 2008), estudantes universitários (Otmani, Loas, Lecercle, Duflot & Jouvent, 1999; Rubia, 2005; Hund & Espelage, 2006; Yoshida & Silva, 2007), estudantes de pós-graduação de enfermagem (Fonte & Mota-Cardoso, 1995) ou em amostras de utentes dos cuidados de saúde primários (Almeida & Machado, 2004) não estando necessariamente associadas a distúrbios psiquiátricos específicos ou psicossomáticos (Buchanan, Waterhouse & West Jr., 1980; Taylor & Bagby, 2004).

Gostaríamos de destacar a investigação de Matilla et al., (2008) que, integrada no Estudo de Saúde da Finlândia, utilizou uma amostra não-clínica representativa da população com 5129 participantes, que incluiu jovens e idosos (30-97 anos de idade), com e sem transtorno mental e doença somática. Os achados mostram pela primeira vez a associação entre alexitimia e somatização, independentemente da doença somática, das desordens mentais mais comuns (depressão e ansiedade) e das variáveis sociodemográficas, evidenciando que a alexitimia é um fenómeno bastante comum na população geral que, pela sua importância, deve ser tido em conta nos cuidados de saúde.

Cooper e Holmstrom (1984, citado em Lobo, Trindade & Teixeira, 1997) consideram a alexitimia uma variável relevante na intratabilidade de algumas doenças. Sabendo que, relativamente à adesão ao tratamento é condição determinante uma perceção adequada da gravidade da doença, o que quando o indivíduo tem características alexitímicas, haverá dificuldade em perceber as situações indutoras de stresse, neste caso a gravidade da doença. Assim, a alexitimia pode ser um fator decisivo no prognóstico do tratamento, uma vez que parece estar relacionado com baixos níveis de adesão a comportamentos de saúde.

Também Veríssimo (2001a, p. 92) afirma que a alexitimia, por oposição a um locus de controlo interno, é não só “uma condicionante do estilo de vida e

comunicação, mas também a base para a perturbação da regulação afetiva, bem como a ampliação de sintomas somáticos”.

Lobo et al., (1997), referem que os efeitos psicofisiológicos do stresse parecem ser mais negativos em indivíduos com características alexitímicas, dado que as suas estratégias de confronto com o stresse (evitamento, negação e racionalização) aumentam a sua exposição a esses efeitos, originando também aumento do risco de adoção de comportamentos lesivos para a saúde do indivíduo (consumo de álcool, tabaco, drogas, comportamentos sexuais de risco, entre outras) e, consequentemente, o aparecimento de doenças físicas. A identificação das características alexitímicas poderá constituir (pelo menos a nível teórico) um importante preditor em relação ao estado de saúde do indivíduo.

Lumley, Ovies, Stettner, Wehmer e Lakey (1996) desenvolvem três estudos com jovens adultos saudáveis e doentes (utilizando a TAS), no sentido de esclarecer se a alexitimia se encontrava associada a baixa perceção de apoio da rede social, se essa relação é tida em conta nas reduzidas competências sociais (associada com a alexitimia) e se existe uma ligação entre limitado suporte social com alexitimia e problemas de saúde. Constatam que a alexitimia (especialmente os deficits em identificar e comunicar sentimentos) está relacionada com a baixa perceção de suporte social e poucas relações de proximidade com os outros e menos competência social. Além disso, a alexitimia estava relacionada com queixas somáticas e depressão, mas não com o apoio da rede social, de uma forma geral. Os autores concluem que a alexitimia está associada à reduzida perceção de apoio da rede social e que essa associação é essencialmente devida à relação entre alexitimia e défice na competência social, mas o reduzido apoio da rede social não entra em conta na relação entre alexitimia e problemas de saúde.

Outros estudos têm-se debruçado sobre a eventual relação entre a alexitimia e a área da competência social. Os achados de Rocha et al., (2010, p. 161) constataam que a alexitimia está correlacionada com a dependência comportamental e com a assertividade, ou seja, que quanto mais alexitimia apresentam os indivíduos menos assertivos e mais dependentes comportamentais são. Concluindo as autoras, que a inexpressão de afetos e a dificuldade em modelar as emoções, características da alexitimia, se refletem num estilo de comunicação não assertivo. Também Bekker, Croon, van Balkom e Vermee (2008) verificam que elevados scores de alexitimia (componente cognitiva) se relacionam com baixos níveis de assertividade. Os resultados de Helves, McNeill, Holden e Jackson (2008) com estudantes de psicologia, indicam

uma associação da alexitimia com a inibição social que se estende à associação de estilos imaturos de defesa e aspetos de desejabilidade social, que sugerem o desenvolvimento precoce de estilos de coping que permanecem evidentes por toda a vida adulta.

Ciarrochi, Deane, Wilson e Rickwood (2002) constataam, num estudo com adolescentes, que a habilidade em identificar emoções pode ser um pré-requisito essencial para saber procurar ajuda, ou seja, que os jovens com baixa habilidade na identificação emocional são menos propensos a pedir ajuda.

Num estudo realizado por Lopes (2006a) com 552 estudantes de enfermagem, dos quais 48% apresentam características alexitímicas, emerge como condição desfavorável à compreensão empática do cliente – a presença de características alexitímicas, ou seja a existência de dificuldades em identificar e descrever emoções e sentimentos, sugerindo a existência de um défice da representação cognitiva das emoções.

6. INTERVENÇÃO

Dada a relevância clínica e interpessoal do construto da alexitimia, o interesse dos investigadores e estudiosos estende-se atualmente a possíveis intervenções e tratamentos com eficácia na alexitimia, sendo ainda um conhecimento incipiente.

Tacon (2001) considerando que a alexitimia é sub-reconhecida e sub-diagnosticada, que o seu melhor reconhecimento pelo enfermeiro permitirá uma intervenção de enfermagem mais específica e eficaz, tendo subjacente que criar e manter uma relação terapêutica é a principal tarefa da enfermagem em saúde mental, onde a intervenção centrada na relação de ajuda é um requisito para o sucesso do trabalho com este grupo complexo de doentes. É vital que os enfermeiros estejam conscientes dos problemas concretos que podem advir no trabalho com estes doentes, sabendo que a alexitimia é um fator dificultador do desenvolvimento e manutenção do relacionamento terapêutico.

A psicoterapia de apoio, a resolução de problemas com enfoque comportamental, a psicoeducação, o treino de competências e a terapia comportamental dialética, são terapias que segundo Tacon (2001) têm resultado com sucesso em pessoas com alexitimia.

A autora defende que estes são aspetos a considerar não só na formação dos enfermeiros de saúde mental mas também na formação dos enfermeiros menos experientes (iniciados).

Bekker et al., (2008) consideram que o treino de assertividade e o reforço da regulação das emoções (capacidades para identificar, nomear e explicar as próprias emoções) são importantes elementos nas intervenções direcionadas para a capacidade de resolução de novas situações e da autonomia.

Também a Terapia Focada na Emoção (EFT) revelou ser eficaz na diminuição da alexitimia (em particular da subescala dificuldade em identificar sentimentos), no aumento da consciência da experiência interna e na diminuição da dureza da crítica interna em doentes com anorexia (Dolhanty & Greenberg, 2009).

Levant, Halter, Hayden e Williams (2009) com base num desenho quase-experimental, com uma amostra masculina, desenvolvem uma intervenção psicoeducacional breve específica, que designaram de Tratamento de Redução da Alexitimia, que demonstrou significativa redução na alexitimia.

Existe ainda um largo espaço para futuras pesquisas que investiguem os efeitos de diferentes intervenções, da sua eficácia no tratamento da pessoa com alexitimia e também de intervenções preventivas.

CAPÍTULO IV – HABILIDADES SOCIAIS E COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM

“No encontro com o outro, ou estou antes de mais nada em contacto com um ‘corpo’, como se descobrisse a pessoa dele indirectamente - através ou além do corpo -, ou encontro primordialmente uma ‘pessoa’ de que sei, implicitamente, que existe no seu corpo.”

Michel Renaud (2000, p. 31)

Autores de referência nas Ciências de Enfermagem (Collière, 1989; Peplau, 1990; Chalifour, 1993; Lazure, 1994; Phaneuf, 1995, 2005; Watson, 2006; entre outros) são unânimes ao considerar a relação interpessoal e as competências relacionais como o pilar do cuidado em enfermagem, reconhecida mesmo como a competência diferenciadora de um cuidado de enfermagem de excelência.

O desenvolvimento de habilidades sociais como expressão de emoções, assertividade, cooperação, civilidade, aceitação do outro, empatia, entre outras, torna-se facilitador ou mesmo imprescindível para que o enfermeiro demonstre competências relacionais e de ajuda na sua atividade diária.

Ao longo deste capítulo daremos conta do cruzamento e interligação do desenvolvimento de competências pessoais e sociais e do desenvolvimento das competências em enfermagem, através da análise: da relação entre essas habilidades e a competência e sucesso acadêmico e profissional, de algumas teorizações sobre o que constituiu o cuidar em enfermagem, concretamente a relação interpessoal e de comunicação (competências relacionais), para o qual contribui decisivamente o desenvolvimento pessoal e o autoconhecimento. Por fim, expõem-se algumas evidências do quotidiano da prática de enfermagem revelada por diversos estudos nacionais e internacionais.

1. HABILIDADES SOCIAIS E PROFISSÃO

Atualmente os estudantes do Ensino Superior necessitam de se preparar para um mercado de trabalho que, para além de extremamente exigente, é cada vez mais restrito e em permanente mudança quanto à formação técnica e consequentemente quanto às habilidades interpessoais. Esta transição de

estudante para profissional, do ambiente acadêmico para o ambiente do trabalho, há alguns anos que deixou de ser um trajeto tranquilo, independentemente da área profissional.

Del Prette e Del Prette (2006, p. 1) salientam que em inúmeras investigações foi demonstrado que “indivíduos com bom relacionamento interpessoal são mais saudáveis, menos propensos a doenças e mais produtivos no trabalho. O desempenho profissional em diversas áreas (...) depende, criticamente, de um conjunto de competências pessoais e habilidades de relacionamento”. Considerando-se que os indivíduos socialmente habilidosos contribuem significativamente para a melhoria do clima organizacional, para a melhoria da qualidade das relações intra e intersectoriais e para a melhoria das relações com fornecedores, clientes e público em geral.

Nesta sequência, as habilidades sociais têm sido relacionadas com uma melhor qualidade de vida, com relações interpessoais mais gratificantes, com maior realização profissional e com sucesso profissional (Goleman, 2000; Caballo, 2008a, 2008b, 2009). Também Vagos e Pereira (2007) defendem que as competências sociais permitem o estabelecimento e manutenção de relações sociais gratificantes, e que a sua ausência pode comprometer o sucesso psicossocial e profissional do indivíduo.

Paralelamente, os programas de desenvolvimento de competências sociais, no sentido do desenvolvimento máximo das capacidades pessoais e relacionais, têm sido utilizados para desenvolver habilidades interpessoais necessárias à realização de um trabalho eficiente, em vários profissionais: administradores educacionais (Smith & Montelo, 1992), médicos (Amack, 1995), psicólogos (Egan, 1994), gerentes (Burley-Allen, 1995) e também em estudantes de psicologia (Bandeira et al., 2000; Magalhães & Murta, 2003; Del Prette et al., 2004), de ciências exatas (Del Prette & Del Prette, 2003a), com o objetivo de melhorar o rendimento académico, o relacionamento interpessoal ou o ingresso no mercado de trabalho.

Os estudos realizados no Brasil com estudantes universitários de psicologia, com recurso à implementação de programas não-terapêuticos de habilidades sociais, partem do “pressuposto de que a aprendizagem de habilidades sociais não está inserida entre os objectivos das disciplinas e que um número considerável de alunos pode apresentar dificuldades ou déficits no relacionamento interpessoal (...) esses alunos precisariam desse treino para completar a sua formação académica” uma vez que necessitariam de habilidades

sociais e emocionais no seu desempenho profissional (Del Prette & Del Prette, 2003a, p. 414).

A população dos estudantes universitários, tem despertado o interesse dos investigadores pelo que tem sido amplamente estudada em diferentes países: Estados Unidos (Chandler, Cook & Dugovics, 1978), Inglaterra (Argyle, 1994), Espanha (Caballo, 2009), Brasil (Bandeira et al., 2000; Magalhães & Murta, 2003; Del Prette et al., 2004). Estes estudos assumem particular importância dado que a formação no Ensino Superior deveria incluir o desenvolvimento interpessoal como parte dos objetivos académicos, principalmente nas áreas cuja atuação depende, significativamente, da qualidade das relações profissional-cliente, como é o caso da psicologia (Del Prette et al., 2004), da enfermagem e da medicina.

2. CUIDAR EM ENFERMAGEM

Nos finais do século XIX a Enfermagem, até então ligada a uma ideia social, sofre a primeira revolução ‘Revolução da Enfermagem Científica’ em consequência da ação de Florence Nightingale e com ela nasce a Enfermagem Moderna, em 1860. Nightingale define a Enfermagem como assistência ao processo reparador natural e defende a sua aplicação ao são e ao doente pela homogeneidade das leis da vida (Nunes, 2003).

Apesar da significativa evolução da Enfermagem até à década de 50 do século XX, o conhecimento em Enfermagem esteve sempre dependente de outras áreas do saber, nomeadamente da medicina, sem que houvesse um corpo específico de conhecimento próprio e consequentemente sem ser autónomo. Enfermagem estava assim, centrada na execução de tarefas, nas técnicas de enfermagem, em vez do porquê da sua execução. São reflexo desta preocupação, as publicações, os estudos e o ensino da época que envolviam não só os procedimentos de enfermagem, mas também o tempo gasto na sua execução. A preocupação não se situava no crescimento intelectual e científico de quem cuida, mas em tornar as enfermeiras mais rápidas e eficientes na prestação dos cuidados (Bento, 1997).

A mesma autora refere que é na década de 50 que a preocupação de enfermagem se centra no cuidado à pessoa, na organização de princípios científicos (princípios organizacionais) que norteiem a prática de enfermagem, procurando a fundamentação para as técnicas de enfermagem com base essencialmente nas ciências naturais, mas também nas ciências sociais, ou seja a cientificidade do saber em enfermagem rumo à sua autonomia.

As teorias e modelos conceptuais em Enfermagem espelham, assim, um movimento da profissão em busca da sua autonomia e da delimitação do seu corpo específico de conhecimento e de ação (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005). Deste modo, as teorias e modelos de Enfermagem favorecem o desenvolvimento da capacidade analítica dos enfermeiros, na prática, na administração dos serviços, no ensino e na investigação em enfermagem. Consideradas como um ponto de referência na e para a prática dos cuidados de enfermagem, possibilitam a melhoria dos mesmos, com o intuito de promover o bem-estar da pessoa, família e comunidade (Fazenda et al., 1993). Permitem aos enfermeiros explicar o que fazem e porque o fazem, contribuindo para a sua autonomia (Marriner, 1989).

As teorias e modelos de Enfermagem são diversas e podem organizar-se de diversos modos.

Marriner (1989) propõe a seguinte organização, que exemplificamos com alguns autores: Arte e ciência de Enfermagem humanista (Nightingale, Henderson, Orem, Leininger e Watson); Relações interpessoais (Peplau e King); Sistemas (Roy e Newman) e Campos de energia (Levine, Rogers e Newman).

Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (1994) propõem uma organização segundo seis escolas de pensamento em Enfermagem: Escola das Necessidades (Henderson e Orem); Escola da Interação (Peplau e King); Escola dos Resultados (Roy e Newman); Escola do Promoção da Saúde (Allen); Escola do Ser Humano Unitário (Rogers e Newman) e Escola do *Caring* (Leininger e Watson).

Nestas conceptualizações a Ciência de Enfermagem é apresentada como uma “ciência humana e humanitária e uma arte, sendo esta última a utilização criativa de enfermagem. O objeto desta ciência é o ‘cuidar/cuidado’ da pessoa, entendido este no sentido abrangente de promoção da vida e esta ciência compreende no seu campo tudo aquilo que ajuda a viver” (Bento, 1997, p. 56).

2.1. Conceções teóricas em Enfermagem

Neste ponto, não se pretende desenvolver uma abordagem de pormenor das diferentes conceções teóricas, pelo que foram selecionadas as que, no nosso entender, terão maior relevância, tendo em conta o objeto deste estudo, e das quais se fará uma breve síntese dos conceitos iminentes.

Virgínia Henderson define enfermagem no seu *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* em 1955, como

a função própria da enfermeira é ajudar o indivíduo são ou doente, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou a sua recuperação (ou à morte serena), actividades que este realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessários. E esta assistência deve oferecer-se de tal modo, que o ajude a ganhar independência com a maior brevidade possível. (De Meester, Lauer & Neel, 1989, p. 69)

Hildegard Peplau desenvolve a Teoria das Relações Interpessoais no seu livro *“Interpersonal Relations in Nursing”* (1952), considera a enfermagem como “um processo interpessoal, por meio do qual enfermeira e doente podem obter crescimento e desenvolvimento pessoal” (citado em Almeida et al., 2005) e em que os cuidados de enfermagem exigem da enfermeira capacidade de compreender a própria conduta para poder ajudar os outros a identificar dificuldades percebidas e aplicar princípios de relações humanas a problemas que surjam a todos os níveis da experiência (Peplau, 1952 citado em Carey, Rasmussen, Searcy & Stark, 1989).

Para Peplau (1990) o processo da relação interpessoal da enfermagem, que deverá ser educativo e terapêutico, é composto por quatro fases interrelacionadas: orientação, identificação, exploração e resolução. Salientamos que esta conceção do processo de enfermagem pode ser correspondente às diferentes etapas do processo de enfermagem: apreciação, diagnóstico, intervenção e avaliação (Rodrigues, 1995), bem como à conceção de Phaneuf (2005) relativamente às várias fases da entrevista de ajuda em enfermagem (preparação, orientação, exploração e conclusão ou separação).

Peplau considera que na base deste processo estão dois pressupostos essenciais: a postura da enfermeira (que interfere diretamente na aprendizagem/crescimento do paciente ao longo da sua experiência/vivência enquanto pessoa doente) e o auxílio ao desenvolvimento da personalidade/crescimento/amadurecimento (a função da enfermeira exige a utilização de princípios e método que facilitem o processo de resolução ou dificuldades interpessoais quotidianas; Almeida et al., 2005).

Conforme ficou explícito o foco desta teoria são as relações interpessoais, razão pela qual a cultura, valores, crenças e expectativas da pessoa são tidas em consideração a fim de conseguir a sua participação ativa no processo (Moraes,

Lopes & Braga, 2006), onde o pressuposto básico do crescimento e desenvolvimento humanos ocorrem gradualmente até à realização do seu potencial máximo (Almeida et al., 2005).

Na opinião de alguns autores a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, produziu as maiores mudanças na prática de enfermagem desde Nightingale (Carey et al., 1989; Almeida et al., 2005).

A Teoria do Cuidado Humano, *Nursing: human science and care, a theory of Nursing*, concebida por Jean Watson em 1979 e publicada em 1985, foi também um marco histórico na Enfermagem. Sob influência da Fenomenologia e do Modelo Humanista de Carl Rogers (1974), Watson elabora a sua teoria definindo quatro conceitos chave: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (Porter & Sloan, 1989). Considera a Enfermagem a partir do momento do *human care*, sendo este um processo intersubjetivo e epistémico que inclui a transação de um ser humano para outro. O *human care* requer da enfermeira, vontade e compromisso pessoal, social, moral e espiritual (Fazenda et al., 1993). O *human care* pode significar cuidados humanos, mas também cuidados de seres humanos a seres humanos (Simeão, 1993).

Watson (2006) alude que o referencial teórico do Cuidado Humano pode servir como um guia teórico, filosófico e também ético para valorizar e avaliar a relação cuidar–curativa. Os dez fatores de cuidado em enfermagem, em que assenta o *human care*, são utilizados para descrever o essencial da relação no cuidar e postulam-se como núcleo da enfermagem profissional, ou seja são o fundamento sobre o qual a enfermeira pode estudar a ciência do *human caring*.

1. Sistema de valores humanista e altruísta;
2. Fomentar a confiança e a esperança;
3. Sensibilidade para consigo próprio e para com os outros;
4. Desenvolvimento de uma relação de cuidado (de *human care*) baseada na ajuda e na confiança;
5. Promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos;
6. Resolução criativa de problemas nos processos de cuidados (tomada de decisão);
7. Promoção do ensino–aprendizagem transpessoal;
8. Criação de ambiente de apoio, proteção, equilíbrio mental, físico, social e espiritual;
9. Ajuda nas necessidades humanas básicas;
10. Ter em conta as dimensões existencialista/fenomenológica e espiritual.

Watson contribuiu decisivamente para a Enfermagem ao valorizar o cuidar e não o curar, dado que no *human caring* se pressupõe: a pessoa como a totalidade mente-corpo-espírito, o fator transcendental da relação, a autonomia, a intersubjetividade, a dignidade e a preservação da humanidade. Para Watson a arte de cuidar é o fundamento da profissão de Enfermagem, como ideal moral e como fim em si próprio, substituindo assim o modelo tradicional, onde cuidar era o meio para atingir a cura. Deste modo, a cura é uma meta atingível quando a pessoa está em harmonia consigo própria e não depende da cura clínica. Enfermagem torna-se assim uma ciência autônoma, que assume a responsabilidade, a todos os níveis, de ajudar a pessoa a restabelecer o equilíbrio (Fazenda et al., 1993).

Na sua Teoria do Cuidado Humano, Watson faz a distinção entre o essencial e o acessório dos cuidados de enfermagem considerando que

a essência dos cuidados de enfermagem é a acção interpessoal da enfermeira e do paciente com vista a produzir neste um resultado terapêutico; o acessório dos cuidados de enfermagem é o conjunto das técnicas, dos protocolos, das terminologias, das formas de organização, dos contextos dos cuidados... utilizados pelas enfermeiras. (citado em Hesbeen, 2000, p. 64)

Na perspectiva de Roach (1993) o cuidar faz parte da essência humana, de acordo com a Teoria do Cuidar, “é uma resposta aos valores, uma capacidade para dar ao outro, uma doação e uma auto-transcendência do que eu vivo, o significado da minha própria vida” (citado em Palma, Lima, Bacelar, Gonçalves & Ferreira, 1995, p. 6). Salienta ainda que o cuidativo é muitas vezes mais óbvio pela sua ausência do que pela sua presença. Não sendo o cuidar específico de Enfermagem, ele é o cerne da Enfermagem, é uma relação interpessoal, sem a qual não é possível cuidar. Porém, sendo o cuidado, um existencial básico do Homem, é necessário que este desenvolva a habilidade, a capacidade para cuidar, o que acontece mediante motivação, desejo e vontade de cuidar (Roach, 1993 citado em Crossetti, Buógo & Kohlausch, 2000).

A este respeito Roach (1993) considera que

o cuidar exige uma verdadeira competência e que a habilidade para cuidar adequadamente e apropriadamente exige que tenhamos a liberdade de aprender e oportunidade de praticar métodos compatíveis

com a dignidade e as necessidades a quem servimos. O cuidar profissional é reflectido numa consciência madura. (citado em Palma et al., 1995, p. 7)

Expusemos alguns modelos teóricos de Enfermagem, sabendo que a consideram o cuidar, como um processo interativo entre pessoa que necessita de cuidados (ajuda) e pessoa competente para prestar esse cuidado ou ajuda, enfatizando a variedade de comportamentos humanos nos diferentes contextos clínicos (unidades de cuidados coronários, intensivos, paliativos, medicina, entre outros) e a premência na consciencialização do enfermeiro que a comunicação em Enfermagem é imprescindível para o ato de cuidar. Deste modo constatámos que nas diferentes teorias apresentadas, de uma forma ou de outra, existe consenso no quão é essencial o conhecimento de si, o desenvolvimento pessoal, o crescimento ou o amadurecimento do enfermeiro no cuidar em enfermagem, com qualidade.

2.2. Evidências da prática de Enfermagem

“A Enfermagem está em crise e, no actual estado de coisas, seria irresponsável considerar essa crise como passageira ou apenas pensar em paliativos avulsos para a resolver (...)” esta afirmação da Ordem dos Enfermeiros do Quebeque em 1989 (citado em Hesbeen, 2000, p. 81) mantém-se atual e válida também para a Enfermagem em Portugal, senão vejamos os estudos seguintes. Contudo, lembrando o aspeto paradoxal do conceito de crise, este não é linearmente sinónimo de algo negativo, pois tal como refere Minuchin (1982) “crise é oportunidade e risco”, oportunidade de mudança (no sentido de evolução, de crescimento) e risco de disfuncionamento ou perturbação.

Madeira e Lopes (2007) investigaram as necessidades de formação dos enfermeiros de uma unidade de internamento de medicina de um hospital central de Lisboa. Nestes enfermeiros, maioritariamente jovens e com tempo de exercício profissional inferior a três anos, as autoras concluíram que apesar da importância da componente relacional na prestação de cuidados de enfermagem, a natureza da relação estabelecida com o utente/família era mais de carácter social do que propriamente de ajuda, e que, a comunicação ocorria meramente aquando da realização de um procedimento, constatando que apenas alguns enfermeiros recorriam à privacidade do utente durante a realização destes procedimentos.

As autoras salientam que na base desta limitação de ordem psicossocial destes enfermeiros poderão estar: a rotinização de tarefas, a dependência (física, psicológica e social) dos utentes alvo destas unidades, a orientação para a doença e a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros. Nesta sequência, o cansaço, a desmotivação, a frustração e as dificuldades de comunicação intra e interdisciplinares são fatores que contribuem negativamente para a disponibilidade interna de estar verdadeiramente com o utente e família, bem como para a reflexão sobre as práticas de cuidados. As autoras constataram ainda que as necessidades de formação dos enfermeiros se situavam nas áreas temáticas de: acolhimento do utente e família, relação de ajuda com utente/família, comunicação, direitos e deveres do utente/família (com enfoque do direito à informação, liberdade de escolha e autonomia), agitação e agressividade do utente.

Palma et al., (1995), considerando a existência de uma crise de valores na sociedade em geral, com repercussão na generalidade das profissões, e em particular na de enfermeiro, salientam que embora a aprendizagem de valores profissionais se adquira durante a formação generalista na Escola de Enfermagem, pode não haver coincidência entre os valores profissionais veiculados durante a formação e os existentes nos locais de trabalho do enfermeiro. Quando esta coincidência não existe com frequência maior do que aquela que seria desejável, o enfermeiro adota os valores do local de trabalho.

Em consonância com o estudo anterior, Palma et al., (1995) enfatizam a necessidade de formação adequada aos enfermeiros e outros profissionais dos serviços e instituições sobre: aperfeiçoamento dos canais de comunicação; comunicação com o utente; comunicação no seio da equipe; papéis e competências dos elementos da equipe, bem como a criação de grupos dinamizadores com o intuito de reformulação e reflexão sobre as relações intra e interpessoais.

A este propósito, Santos (2000) refere que os profissionais de saúde estão na sua maioria centrados na tecnologia relegando para um plano secundário a relação interpessoal na vertente da relação de ajuda e que isso se deve à insegurança e inexperiência dos profissionais de saúde, concretamente dos enfermeiros, em lidar com ventiladores, monitores e outro equipamento tecnológico, firmam a sua atenção na tecnicidade, relevando o utente para segundo plano. Contudo o cuidado de enfermagem e a intervenção do enfermeiro

não devem ser centrados em aspetos meramente biológicos, mas no cuidado integral da pessoa.

Paralelamente o estudo sobre avaliação da frustração profissional dos enfermeiros revela que, sobretudo em meio hospitalar, uma das suas frustrações profissionais se situa a nível da relação enfermeiro/utente (Ribeira et al., 1986 citado em Santos, 2000).

Também o estudo desenvolvido por Santos (2000) sobre a relação de ajuda do enfermeiro com o doente internado numa unidade de cuidados intensivos coronários, permitiu concluir que a principal preocupação deste grupo de enfermeiros era responder às necessidades biológicas dos doentes e dominar a tecnologia exigida à manutenção da vida. A amplitude destas funções técnico-científicas pareceu deixar pouco espaço de tempo para a valorização da relação interpessoal como forma de ajuda no contexto do cuidar em enfermagem. Conclui a autora que a relação de ajuda como cuidado de enfermagem está fragilizada, não sendo prática corrente dos enfermeiros destes cuidados.

A autora justifica a situação, enfatizando algumas condicionantes que poderão concorrer para esta situação: incertezas geradas pelas mudanças na profissão; pouca autonomia do enfermeiro; pouco reconhecimento do trabalho do enfermeiro pelos restantes elementos da equipa de saúde; ausência de reflexão sobre as práticas; pouco incentivo dos enfermeiros para a formação pós-básica ou outra e baixa dotação de pessoal. Sublinhando ainda que a ausência de um quadro de referência e de valores que pautem a conduta do profissional no cuidar em enfermagem, aliado ao pouco tempo disponível e à falta de reflexão, conduz a um trabalho baseado na rotina. Deste modo “a enfermagem como ciência e arte cede lugar à enfermagem normativa e executora de tarefas” (Santos, 2000, p. 55).

Recentemente Cunha e Zagonel (2008, p. 415) desenvolveram um estudo numa unidade e terapia intensiva pediátrica cardíaca, no Brasil, tendo como questão de investigação “como se estabelecem as relações interpessoais nas acções de cuidar em ambiente tecnológico”, verificaram que:

- muitos problemas nas relações interpessoais da equipa de enfermagem se centram na falta de comunicação adequada, onde não há perfeito entendimento do que está a ser comunicado, do resultado esperado e/ou como alcançar esse resultado;
- há falta de disponibilidade, devido não só à complexidade dos cuidados, mas também à prioridade que a equipa de enfermagem dá a alguns cuidados

face às necessidades de orientação e esclarecimentos da família, o que dificulta as relações;

- é imprescindível aliar a competência e aperfeiçoamento técnico-científico à consciencialização e aprimoramento da competência humana e espiritual do cuidar. ‘Estar-com’ requer a fixação da atenção no paciente, estar atento a uma necessidade aqui e agora, na situação, é o comunicar-se disponível, respondendo adequadamente.

As autoras salientam que “ao aprisionar o cuidado em normas, rotinas e técnicas, estas alienam o cuidado da sua existência criadora e reveladora. Assim, não-de ser empregues respeitando o direito à criatividade, o direito à apreciação e o conhecimento dos seres envolvidos tornando-os flexíveis e permeadas de atitude humana” (Cunha & Zagonel, 2008, p. 418). Concluindo que é fundamental que a equipa de saúde de um ambiente tecnológico hospitalar não prescindia do cuidado humano, por mais eficientes e modernos que sejam os equipamentos. A tecnologia e a atitude humana devem ser verdadeiros aliados; esta é a forma mais apropriada de cuidar, a qual deve ser percebida, compreendida, assumida e implementada pela equipa neste ambiente.

Puggina e Silva (2005) alertam para a dura realidade, revelada por alguns estudos, que mostra que a grande maioria dos enfermeiros está insatisfeita com o seu trabalho e com o reconhecimento da sua profissão; têm dificuldade em comunicar com o paciente sem deixar de demonstrar autoridade; e reconhecem a importância da família, porém ainda não conseguem lidar com ela. Em geral o enfermeiro ouve pouco, fala muito e não presta atenção adequada aos pacientes que se propõe cuidar.

Ao escolher a profissão de enfermeiro a prioridade é o cuidado do Ser Humano, porém muitos profissionais têm dificuldade em sustentar esta ideologia. Ao entrar no mercado de trabalho, o enfermeiro ao deparar-se com uma realidade algo diferente da académica, acaba por se distanciar do cuidado directo ao doente, alegando falta de tempo (Puggina, 2006).

Mas, será a falta de tempo a verdadeira responsável pela fraca valorização da componente relacional dos cuidados de enfermagem?

O estudo realizado por Jydstrup e Gross em 1966 (citado em Paiva, 2006) em três hospitais de Nova Iorque, estimou que os enfermeiros de unidades com doentes agudos, despendiam cerca de 30 a 49% do seu tempo profissional em atividades de processamento de informação. Estes resultados alertaram para a

necessidade e utilização de sistemas de informação informatizados, não só no sentido de controlar os custos, mas essencialmente no sentido de melhorar os cuidados de enfermagem, através da redução do tempo gasto no trabalho com papéis, libertando os enfermeiros, para a prestação de cuidados diretos ao doente.

No Brasil, Jesus desenvolveu em 1987 um estudo recorrendo à observação direta do trabalho de enfermeiros assistenciais, com o objetivo de quantificar o tempo gasto em atividades de enfermagem e concluiu que cerca de 47,5% do tempo do enfermeiro é gasto com atividades de administração de enfermagem; 37% a outras atividades onde se destacam a refeição, o descanso e outras atividades particulares; somente cerca de 11% do tempo é dedicado à assistência de enfermagem ao doente; 4,6% ao ensino de enfermagem e nenhum tempo dedicado à pesquisa (citado em Puggina, 2006; Menzani, 2006).

Este predomínio de tempo gasto em atividades administrativas é também confirmado por Lunardi, Lunardi-Filho e Borba (1994) num estudo realizado numa unidade de internamento de um hospital-escola, em que cerca de 43% do tempo é utilizado em atividades administrativas, cerca de 40% em atividades não específicas da enfermeira e 17,6% em atividades assistenciais ao doente.

A este propósito, Chiari explica que o enfermeiro recém-formado delega atividades ao pessoal auxiliar por se sentir pouco eficiente ou inexperiente e alegando falta de tempo. Mais tarde já com experiência delega porque assumiu responsabilidades que não lhe são próprias, mas às quais atribui maior prestígio. Deste modo o cuidar em enfermagem fica relegado a um plano inferior na hierarquização de prioridades das ações do enfermeiro, originando uma distorção no verdadeiro objetivo da profissão (citado em Puggina, 2006). Menzani (2006) alerta para o facto de que uma das atividades de enfermagem que está a deixar de ser exercida é o adequado processo de comunicação enfermeiro-doente, uma vez que “reconhecer os sentimentos do doente é fundamental para o enfermeiro, pois é através dessa compreensão que ele percebe as necessidades reais do doente e pode realizar um plano de cuidados sistematizado, considerando a pessoa como um todo e desenvolvendo uma postura empática” (Silva, 2001, p. 17).

Sem dúvida, a falta de tempo é a queixa principal mais frequente na justificação para o distanciamento do doente. Já Wanda Horta em 1975 considerou o tempo como um “mito do exercício de enfermagem”, ideia que se

mantém actual, constatando-se no entanto na prática, não a sua falta, mas o seu desperdício ou a sua má gestão.

Na opinião de Puggina (2006) é difícil conseguir todo o tempo que desejamos para atender o doente, torna-se por isso importante a sua gestão adequada, de modo a melhorar a prestação e a individualização do cuidado. Enfatizando que na maioria das vezes o doente não avalia o curativo, o procedimento (se está a ser realizado com as técnicas corretas pelo enfermeiro), porém qualquer pessoa sabe avaliar a maneira humana, ou não, a relação, como está a ser cuidado. Podemos assim afirmar que a humanização dos cuidados em enfermagem inclui competências técnico-científicas e técnico-relacionais.

A este propósito torna-se interessante referir um estudo de Levinson citado em Goleman (2000) e realizado nos EUA, onde os médicos que não ouvem os doentes são processados com maior frequência, ou seja constatou-se que os médicos que nunca tinham sido processados por erro médico eram melhores comunicadores que os que já haviam sido processados. Estes médicos explicavam ao doente o que deveria esperar do tratamento, riam, pediam a opinião do doente, confirmavam o que este tinha entendido, encorajavam o doente a falar e exprimir as suas emoções, entre outros.

Também no Brasil, Puggina e Silva (2005) referem que a desumanização das relações entre os profissionais de saúde e os pacientes tem sido uma das principais causas a originar o aumento de reclamações e processos de promoção de responsabilidade jurídica contra os profissionais de saúde. Enfatizam que essas reclamações não se restringem a falhas técnicas, mas incluem o não cumprimento do dever de solidariedade, agressão ao direito de liberdade, de locomoção, de segurança, de informação, de emissão do livre consentimento e de privacidade.

Conclui-se que o cuidado humanizado não requer necessariamente mais tempo. Esse atendimento de qualidade humana superior requer uma ocupação do tempo de forma eficaz, aquando da administração de um injetável, da avaliação de sinais vitais, da prestação de cuidados de higiene, entre outros. Basta demonstrar verdadeiro interesse, atenção pela pessoa cuidada, transmitindo conforto, segurança, deixando que a pessoa manifeste as suas emoções, pensamentos ou reclamações (Puggina, 2006).

Hesbeen (2001, p. 41) evidencia também este facto, afirmando que “ouvir não pode depender de especialistas, faz parte integrante da missão do cuidar (...)”. Muitos prestadores de cuidados sentem reais dificuldades em mostrar-se

verdadeiros ouvintes, o que não pode justificar a libertação dessa função, antes pelo contrário deverá ser um impulso para que se façam novas abordagens e tentativas de solucionar esta dificuldade, em reuniões de equipa, em sessões de formação ou outras. Sublinhando que se deverá voltar a incluir o escutar num contexto complexo mais vasto, que é o cuidar, constituindo-se um dos fundamentos incontornáveis de qualquer prática verdadeiramente orientada para o cuidar. Pois não podemos confundir o doente, a pessoa doente com a doença. Diz Hesbeen (2000, p. 29) que “a pessoa que está doente é a pessoa que sofre, ou seja, que tem de suportar, aguentar, sofrer qualquer coisa que lhe é difícil. Estar em sofrimento, sobretudo de modo prolongado, é não estar de boa saúde”. O enfermeiro, detentor de uma situação privilegiada se assim o entender, tem à sua disposição um leque de meios e tempos de ação mais amplo que outros profissionais. Quando os outros profissionais atingem o limite da sua intervenção, o enfermeiro tem sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa pela pessoa, de a ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações de maior desespero. Para o autor os cuidados de enfermagem constituem-se de múltiplas ações que, apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, são sobretudo uma imensidão de ‘pequenas coisas’ que dão possibilidade de manifestar ‘grande atenção’ ao beneficiário dos cuidados e sua família ao longo das vinte e quatro horas do dia.

Paralelamente importa realçar alguns estudos que dão conta da existência de uma associação positiva entre a qualidade da relação terapeuta-cliente e os resultados do cliente em diversas populações (Frank & Gunderson, 1990; Stewart et al., 2000; Edwards, Peterson & Davies, 2006).

No Canadá reconhecendo o papel fundamental da relação terapêutica em cuidados de enfermagem de alta qualidade e a necessidade de apoio organizacional de suporte a uma prática de enfermagem de excelência, foi desenvolvida uma *Guideline* de Boas Práticas para o Estabelecimento de Relações Terapêuticas (*‘Therapeutic Relationships BPG’*) pela Registered Nurses Association of Ontario (2006). Esta guideline descreve um amplo quadro de relações terapêuticas que incluem: conhecimentos necessários; capacidade de: autoconsciência, autoconhecimento, empatia, consciência dos limites e limites; fases de um relacionamento terapêutico. Atualmente foram desenvolvidas vinte e nove guidelines (orientação) acerca dos temas prioritários para enfermeiros, aprovados para financiamento pelo Ministério da Saúde. Este *‘Therapeutic Relationships BPG’* foi elaborado em 2002, revisto em 2006 e tem como objectivo

analisar as evidências sobre relacionamento terapêutico e formular recomendações para a prática clínica.

Nesta sequência Edwards et al., (2006) desenvolveram um estudo com o objectivo de determinar a existência da melhoria nas habilidades de comunicação dos enfermeiros, após a implementação de um projeto que inclui o *Therapeutic Relationships BPG*, comparando a frequência e a qualidade das habilidades de comunicação não-verbal selecionadas (calor, escuta ativa, iniciação da relação terapêutica e assertividade), utilizadas pelas enfermeiras antes do projeto e cinco meses após a sua implementação. Estas quatro habilidades foram referenciadas por Gerrard, Boniface e Love (1980) como importantes facilitadoras das relações interpessoais. Os resultados revelam uma tendência para a melhoria da assertividade e melhoria significativa nas habilidades de escuta ativa e iniciação da relação terapêutica após a intervenção. Este facto sustenta a importância da implementação de estratégias que visem o desenvolvimento destas habilidades de comunicação e relação, focando como implicação prática que gestores e enfermeiros utilizem estas estratégias para avaliar a prática de enfermagem.

Ao terminar este ponto dedicado ao 'Cuidar em Enfermagem' fica-nos amarga sensação que, conceptualização em enfermagem e prática de enfermagem se afiguram como duas realidades distintas. Esta ideia foi defendida por Bento em 1997, argumentando que os desenvolvimentos teóricos em enfermagem têm permanecido (salvo algumas exceções) como entidades académicas e que com dificuldade têm sido integrados na prática (prestação de cuidados e formação de novos profissionais).

A enfermagem é a arte e a ciência do cuidar, cuidar de pessoas. E para que isso seja viável é necessário um processo de interacção entre quem cuida e quem é cuidado, é necessário troca de informações e de sentimentos entre essas pessoas. Reconhecer os sentimentos do doente é fundamental para o enfermeiro, pois é através dessa compreensão que ele percebe as necessidades reais do paciente e pode realizar um plano de cuidados sistematizado, considerando a pessoa como um todo, e desenvolvendo uma postura empática. (Silva 2006, p. 155)

3. COMPETÊNCIAS RELACIONAIS

A essência dos cuidados de enfermagem está centrada na relação interpessoal estabelecida entre enfermeiro e pessoa que necessita de cuidados. Esta premissa está bem patente na definição de cuidados de enfermagem presente nos documentos emanados pela Ordem dos Enfermeiros e que regulamentam a profissão de enfermagem, concretamente nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, que consideram que a competência para o

exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). (...) Assim, no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem. A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. (OE, 2002, p. 8; 2004, p. 4)

A aquisição destas competências é considerada como um processo evolutivo, e tal como escreveu Benner (2001) em “De Iniciado a Perito”, este desenvolve-se segundo vários estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. É certo que a competência profissional em enfermagem inclui os aspetos clínicos e técnicos, mas é o aspeto relacional que a completa. Este desenvolvimento da competência profissional só será atingido através da aquisição de um certo desenvolvimento da competência pessoal (Phaneuf, 2005).

Deste modo, podemos afirmar que a base da competência profissional em enfermagem está, em primeiro lugar, nas qualidades pessoais do enfermeiro, na personalidade do enfermeiro, que é determinante para a aquisição de formação e experiência. A competência em enfermagem comporta dois aspetos essenciais: a mobilização das competências pessoais e a mobilização dos saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados em enfermagem (Phaneuf, 2005).

Também Roach ao abordar a profissionalização do cuidado, salienta a importância do cuidador se conhecer a si mesmo, enquanto ser que tem existenciais manifestos por medo, alegria, afetividade, ansiedade, preocupação, entre outras. Quando identificados em si promovem a habilidade e a qualidade em cuidar. Quanto mais e melhor o cuidador se conhece, melhor cuidará (citado em Crossetti et al., 2000). Deste modo, o conhecimento de si (reconhecer os seus limites, reconhecer as suas emoções, trabalhar as emoções), o respeito pelo outro, a distância relacional, a abertura de espírito, a atitude e posicionamento profissional, a escuta, a invenção e a criatividade são competências indispensáveis à qualidade da intervenção de enfermagem (Benrerbia et al., 2007).

Com base numa abordagem clínico-reflexiva de matriz ecológica, Alarcão e Rua (2005) são de opinião que a competência profissional é resultado de um conjunto de micro-interações: com o próprio (interação intrapessoal), com os outros (interação interpessoal) e com os saberes na sua relação de interatividade (interação multidisciplinar).

Hesbeen (2001, p. 68) defende que “a qualidade dos cuidados será fortemente marcada pelas atitudes e pelos comportamentos de quem cuida” e que o desempenho profissional competente requer um saber mobilizar, integrar e transmitir os conhecimentos adquiridos no âmbito da formação. Salienta também que a experiência profissional assume importante relevância, sobretudo em contextos de trabalho, bem como os conhecimentos provenientes da vivência pessoal do enfermeiro.

Concretamente em Enfermagem o saber-fazer incorpora em si o saber-fazer relacional (Hesbeen, 2000; Dias 2006). Assim, os cuidados de enfermagem, considerados como a atenção particular disponibilizada à pessoa em situação de ajuda, são desenvolvidos essencialmente através da relação interpessoal, o que exige ao enfermeiro competências complexas, centradas nos princípios humanistas (unicidade, tendência atualizante, autonomia, evolução) e de relação de ajuda (aceitação, autenticidade, empatia, respeito caloroso, congruência e escuta; Lazure, 1994).

Le Boterf (2002) sustenta que a competência não se restringe ao saber mobilizar conhecimento, mas é um saber mobilizar no contexto, na situação e em tempo adequado, as capacidades e os conhecimentos que foram adquiridos através da formação e da experiência, um saber organizar e um saber seleccionar, o que pressupõe a integração no sentido da evolução da situação de

trabalho e um saber antecipar, o que pressupõe a previsão ou estimativa de consequências.

Le Boterf (1994, p. 133) define saberes-fazer relacionais como “um conjunto de capacidades que permitem uma cooperação eficaz com os outros, capacidade de escuta, negociação, trabalho de grupo e comunicação.”

Dias (2006) argumenta que os saberes-fazer relacionais designam capacidades úteis para se comportar ou conduzir em contexto profissional e a sua função consiste em saber trabalhar em grupo. Beaujolin (1999) acrescenta que os saberes-fazer relacionais são um tipo de saberes profissionais mobilizados em situação de trabalho, em conjunto com os saberes estratégicos, teóricos, metodológicos e saberes-fazer profissionais.

Na verdade as diferentes características da personalidade do enfermeiro não são inatas e, na opinião de Hesbeen (2000), elas podem ser descobertas progressivamente por cada estudante ou profissional, tomar sentido na sua própria caminhada da vida e deste modo, serem adquiridas pouco a pouco. A complexidade da formação reside essencialmente no desenvolvimento de capacidades que permitam o encontro profissional entre um prestador de cuidados, detentor de capacidades, de competência para prestar uma ajuda adequada, e um beneficiário de cuidados que necessita de ajuda, através da adequada dose de atenção (o que faz dela uma atenção particular).

3.1. Comunicação interpessoal

Para trás ficou a análise do valor das competências relacionais, numa perspectiva do cuidar em Enfermagem. Mas, a relevância das competências relacionais estende-se também à comunicação entre os diferentes elementos da equipa, uma vez que o enfermeiro não trabalha individualmente, integra a equipa de enfermagem e multidisciplinar, pelo que a comunicação e a importância do desenvolvimento de competências comunicacionais assumem um valor significativo no relacionamento interpessoal entre os diferentes elementos da equipa de saúde), com repercussões nos cuidados prestados ao doente e família.

A competência comunicativa é definida por Bitti e Zani (1997) como

a capacidade de produzir e entender mensagens que põem um indivíduo em interacção comunicativa com outros interlocutores. Esta capacidade compreende não só a habilidade linguística e gramatical (de produzir e interpretar frases bem formadas), como também uma série de

habilidades extralinguísticas com elas relacionadas, que são sociais (no sentido de saber adequar a mensagem a uma solução específica) ou semióticas (que significa saber utilizar outros códigos para além do linguístico, como por exemplo o cinésico, as expressões faciais, os movimentos do rosto, das mãos, etc.). Sem contar, além disso, que um indivíduo pode possuir diversas variedades de língua e saber realizar opções na passagem de umas a outras. (p. 19–20)

Na perspectiva de Riley (2004, p. 6) a comunicação interpessoal em enfermagem tem como função transmitir mensagens entre os elementos envolvidos, com a finalidade de criar um sentido nessa troca de mensagens. Assim, é objetivo do emissor transmitir a mensagem de modo claro e compreensível para o recetor com o propósito real de gerar a compreensão na outra pessoa e influenciá-la a produzir mudanças, que neste caso serão os clientes e os colegas. Ou seja, a comunicação interpessoal em enfermagem deverá ser “assertiva, responsável e cuidar”.

A mesma autora defende que ninguém é um comunicador nato e que a eficácia da comunicação e o empenhamento se conseguem transmitir ao outro. Aprender a comunicar de forma competente, transmitindo ao outro preocupação e confiança é substituir o hábito de comunicar de forma ineficaz e não terapêutica por verdadeiras intervenções de ajuda.

Para aprendizagem da comunicação interpessoal é fundamental o desenvolvimento de três domínios:

- cognitivo (compreensão e significado) – capacidade de demonstrar conhecimento acerca dos comportamentos adequados a diferentes situações; distinguir o comportamento apropriado ou não a determinada situação interpessoal;
- afetivo (sentimentos, valores e atitudes) – motiva o enfermeiro a procurar feedback e praticar estratégias de autocuidado que promovam a confiança (cuidar de si próprio);
- psicomotor (capacidade física de fazer) – numa situação específica o enfermeiro é capaz de estabelecer uma comunicação adequada, ou seja, implementa com sucesso estratégias de comunicação assertiva e responsável (Riley, 2004).

Significa que a aquisição de competências de comunicação interpessoal alicerça-se em adquirir conhecimentos básicos (domínio cognitivo), tornar-se mais seguro através da crença no valor e impacto da comunicação positiva (domínio afetivo) e finalmente ser confrontado a pôr à prova o seu desempenho (domínio psicomotor).

Nesta sequência, o estudante de enfermagem/enfermeiro deverá desenvolver uma “sólida compreensão das abordagens assertivas e do método de resolução de problemas” que se traduz na “capacidade de comunicar sistematicamente de forma assertiva e responsável com clientes e colegas de trabalho em situações interpessoais diversas” (Riley, 2004, p. 19).

No quotidiano do enfermeiro, a comunicação é utilizada no desempenho das diversas atividades, de educador, de prestador de cuidados, de elo de ligação entre a equipa multiprofissional, pelo que é essencial o uso consciente da comunicação, através do domínio da competência comunicativa (Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti & Silva, 2000).

Castro e Silva (2001), partindo do pressuposto que a comunicação nem sempre é consciente e valorizada nas interações do enfermeiro, desenvolveram um estudo sobre os sinais não-verbais nas interações enfermeiro-cliente e constataam que os sinais mais percebidos foram a demonstração de sentimentos descodificados como: interesse, surpresa, tranquilidade, cansaço, irritabilidade, medo e que a sensibilidade a estas manifestações é um elemento facilitador da intervenção do enfermeiro. Detetam a existência de contradição entre o verbal e o não-verbal e alertam para o facto destas mensagens contraditórias poderem originar uma interpretação dupla ou distorcida por parte do cliente. Concluem que a maioria dos enfermeiros não está atenta o suficiente, para perceber conscientemente o quanto a comunicação não-verbal pode influenciar o cuidado de enfermagem. Reconhecendo que quanto maior a capacidade do enfermeiro em descodificar corretamente o não-verbal, maiores as condições de compreendê-lo e de emitir adequadamente os sinais não-verbais.

A comunicação não-verbal qualifica a comunicação humana, imprime emoções e sentimentos à linguagem verbal. O tom de voz, a expressão facial e expressão corporal, dão o colorido que falta à palavra. A consonância entre verbal e não-verbal oferece maior qualidade ao relacionamento interpessoal, razão pela qual os enfermeiros e outros profissionais de saúde a devem utilizar de forma consciente, como instrumento gerador de um saber contributivo para

redescobrir a reconstrução das práticas destes profissionais (Araújo, Silva & Puggina, 2007).

A comunicação verbal e não-verbal, usada no sentido de captar toda a diversidade e riqueza da informação, é mobilizada em contexto de ajuda ao cliente e essencial na relação de ajuda (Madeira & Lopes, 2007).

A comunicação em enfermagem é considerada por alguns autores como um instrumento básico para a profissão de enfermeiro, independentemente da sua área de atuação (Castro & Silva, 2001; Matoso, 2006). Porém, ela é uma habilidade, uma competência que deve ser desenvolvida, praticada e sobretudo treinada e refletida, considerando-se manifestamente insuficiente à prática de cuidados a mera aprendizagem de teorias de comunicação e relacionamento (Ferreira, 2001; Cruz, Sá, Pereira & Novais, 2002; Chant, Tim, Randle, Russell & Webb, 2002; Matoso, 2006; Araújo et al., 2007; Batista, 2007).

Igualmente Kestenberg, Reis, Motta, Caldas e Rodrigues (2006) defendem que as competências de comunicação interpessoal necessitam de ser ensinadas concretamente ao estudante de enfermagem, considerando para tal, essencial a tomada de consciência com base na compreensão de si mesmo numa perspetiva da condição humana. Partindo desta premissa, desenvolvem o “Projecto Vivendo Vivências” assente no treino de habilidades interpessoais em estudantes de enfermagem, pressupondo que para cuidar do outro é necessário aprender a cuidar de si mesmo. Este processo, sustentado na construção compartilhada de conceitos: auto conhecimento, autoaceitação, comportamento empático, ouvir sensivelmente e reconhecimento de limites, constitui-se um espaço para cuidar do estudante, mas simultaneamente de ensino de relações de cuidar.

O estudo desenvolvido por Gorostidi et al., (2006) com estudantes de enfermagem espanhóis, revelou que das nove fontes de stresse durante a prática clínica, cinco relacionam-se com as competências comunicacionais/relacionais (prejudicar a relação com o doente; não controlar relação com o doente; implicação emocional; relação com colegas e tutores; o doente procura uma relação íntima). Salientam que a relação com o cliente é uma das fontes de stresse que se mantém ao longo do curso de enfermagem e nos próprios enfermeiros. Estes resultados vêm coadjuvar os anteriores, que alertam para o entorpecimento do desenvolvimento de competências sociais e de empowerment (Daiki, 2004) na formação em enfermagem.

Braga e Silva (2006), depois de estudarem o acompanhamento da progressão da competência comunicativa em estudantes de enfermagem, onde

emergiram como bases metodológicas: observar a evolução das habilidades comunicativas entre estudante/cliente; viabilizar momentos de expressão de pensamentos, sentimentos e percepções; fornecer feedback sobre o desenvolvimento das habilidades comunicativas; estimular o desenvolvimento das habilidades em comunicação; realizar avaliação formativa e supervisão do estudante, concluem que a competência comunicativa interpessoal é fundamental na e para a formação do enfermeiro, devendo ter como base a relação professor-estudante, que permita troca e reciprocidade e aponte caminhos com benefícios pessoais e profissionais aos envolvidos. Acrescentam que na formação do estudante de enfermagem as interações não podem ser casuais, devem ter objetivos educacionais definidos, uma vez que as competências não são pré-estabelecidas, mas constroem-se no cotidiano das interações e que as relações interpessoais autênticas promovem a capacidade de compreensão dos sentimentos e pensamentos de si próprio e do outro.

A reforçar o interesse da focalização da formação dos estudantes de enfermagem também nas competências comunicacionais, apontam as conclusões do estudo de Araújo e Silva (2007), que comprovam que a comunicação interpessoal é um importante atributo do cuidado, neste caso paliativo, evidenciando que a atenção dada aos sinais não-verbais do enfermeiro é determinante para o estabelecimento da relação de confiança com o cliente. Também a necessidade de presença compassiva, o desejo de não focar a relação apenas na doença e na morte, a valorização da comunicação não-verbal alegre (ênfase no otimismo e bom humor) foram resultados encontrados neste estudo. Mais uma vez as autoras sugerem que as escolas de enfermagem

invistam na capacitação dos seus estudantes em habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal. (...). É preciso ser educado para saber quando e o que falar, como possibilitar posturas de compreensão, aceitação e afecto, como falar e escutar, como estar próximo e mais acessível às necessidades da pessoa. (Araújo & Silva, 2007, p. 673)

A comunicação terapêutica é definida por Stefanelli (1993) como a habilidade profissional em utilizar o seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa a enfrentar os seus problemas, conviver com os outros, adaptar-se ao que não pode ser mudado e superar os bloqueios à autorrealização.

Mas, a comunicação entre enfermeiro e cliente nem sempre é terapêutica. Na relação com o outro há mensagens mal construídas, que podem ferir o doente e resultar em: hostilidade da sua parte; exclusão do doente de um compromisso terapêutico (o que compromete a formação do vínculo necessário ao processo de cuidar) e desenvolvimento de um processo relacional hierárquico em vez de colaborativo (o que podem constituir-se um fator iatrogénico; Araújo et al., 2007). As autoras evidenciaram que os enfermeiros necessitam de aprimorar os seus conhecimentos sobre comunicação, a fim de evitar que um cuidado planeado como terapêutico se transforme num fator iatrogénico e que a excessiva atenção dada à comunicação verbal faz com que sejamos profundamente desinformados a respeito da linguagem não-verbal e da importância que ela tem nos nossos relacionamentos pessoais ou profissionais.

A relação terapêutica promove o crescimento e autonomia e permite o estabelecimento de parceria com o cliente, a família e outros sistemas mais alargados (Matoso, 2006).

Matoso (2006) salienta que o enfermeiro, devido à vivência e proximidade com situações geradoras de grande sofrimento na pessoa de quem cuida, inconscientemente adota mecanismos de proteção e defesa que poderão interferir negativamente no seu comportamento, nas suas atitudes e nas suas relações, originando frequentemente frustração pessoal e mal-estar profissional. Silva et al., (2000) realçam inclusivamente que a própria formação académica do estudante de enfermagem vai muitas vezes no sentido do controlo da expressão dos seus sentimentos e emoções, de modo a que estes não interfiram no seu desempenho quotidiano. Contudo a proximidade diária com as referidas situações de sofrimento e até mesmo a morte, não são somente desgastantes mas também geradoras de conflitos diários, o que na opinião das autoras, são justificados apenas pela tentativa de controlo que excede os limites pessoais e profissionais.

Para além dos aspetos referenciados acerca da formação dos enfermeiros Matoso (2006) acrescenta a criação de grupos de supervisão relacional para enfermeiros, à semelhança do que acontece em outras áreas profissionais da saúde.

A este propósito Rodrigues e Fernandes (1996) referindo a comunicação como o instrumento mais valioso de que o enfermeiro dispõe, alertam para as consequências de um mau ambiente relacional entre os vários elementos da equipa com repercussões no cliente, uma vez que estes podem ser: mal

acolhidos, mal entendidos, mal orientados, mal encaminhados, transmitindo uma imagem aos outros reveladora da eficácia do desempenho profissional e da autonomia. Porém o mau ambiente relacional afeta também o próprio enfermeiro, havendo tendência à insatisfação profissional, falta de confiança mútua, constrangimentos de vária ordem, conflitos (Farrell, 1999; McVicar, 2003) e violência horizontal (Montesinos, 1993; Daiski, 2004). Comunicação e trabalho em equipa estão intrinsecamente ligados pelas relações interpessoais e produzem determinado ambiente relacional. O processo de comunicação, a personalidade dos intervenientes e o trabalho em equipa são determinantes para o bom ambiente relacional na equipa de saúde (Cruz et al., 2002). O bom trabalho em equipa origina maior satisfação nos seus elementos e proporciona eficácia na qualidade dos cuidados prestados, beneficiando em especial o doente (Morais, 2002).

A comunicação entre enfermeiros e supervisores hierárquicos pode ser também fonte de dificuldade. Santos e Silva (2003) identificaram: problemas no processo de comunicação, ausência de elogios do superior direto dos enfermeiros, ausência de críticas construtivas do desempenho profissional dos enfermeiros, não acolhimento das opiniões dos enfermeiros, pessoas que não falam de forma honesta e não reconhecimento do trabalho do enfermeiro, onde sobressai a necessidade dos líderes desenvolverem o esforço de compreensão da comunicação (verbal e não-verbal) dos enfermeiros para que a liderança seja efetiva e os objetivos institucionais concretizados. Por outro lado, Daiski (2004) acrescenta que a submissão dos enfermeiros liderados convida à exploração, a falta de assertividade e autonomia suprime a criatividade e a iniciativa e a falta de solidariedade facilita impactos devastadores, sendo por isso urgente que os enfermeiros melhorem as suas condições de empowerment (fomentando a autoconfiança e a assertividade).

Deste modo, ficou exposto que o estudante de enfermagem, o enfermeiro, deve apetrechar-se de competências comunicacionais, competências relacionais, a fim de alcançar as verdadeiras necessidades expressas pela pessoa, através não só do que verbaliza, mas sobretudo através do seu comportamento.

3.2. Relação de ajuda e empatia

O conceito de relação de ajuda nasce nos anos cinquenta do século XX com o psicólogo Carl Rogers que, rompendo com o Modelo Behaviorista e Cognitivista, desenvolve o Modelo Humanista, evoluindo assim para uma posição mais

abrangente – a terapia centrada no cliente. Deste modo, Rogers defende que o indivíduo possui potencialidades próprias que lhe permitem evoluir/desenvolver-se, sendo o papel do terapeuta promover/facilitar esse processo, ou seja, a intervenção é baseada na tendência auto-atualizante do cliente (Rogers, 1974). Este modelo de compreensão do outro, não se limitou à psicologia, rapidamente se estendeu à educação e às ciências sociais e humanas, sem exceção da Enfermagem, tornando-se num elemento essencial à qualidade dos cuidados em Enfermagem, o que confere maior visibilidade e um carácter de profissionalismo a esses mesmos cuidados (Phaneuf, 1995).

A relação de ajuda é definida por Brammer (citado em Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p. 22) como “uma relação que permite que a enfermeira fornece ao cliente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades fundamentais”.

Também Phaneuf (2005, p. 324) considera que a relação de ajuda se baseia na “troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação de um clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa necessita no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal (...) e tornar-se mais autónoma.”

Os vários autores consultados (Lazure, 1994; Phaneuf, 1995; Queirós, 1999) são unânimes ao considerar que para a consecução dos objetivos da relação de ajuda é indispensável que o enfermeiro adquira e/ou desenvolva determinadas capacidades ou atitudes: escuta, respeito caloroso, congruência, compreensão empática, aceitação incondicional do outro e autenticidade.

Contudo, para Queirós (1999) e Phaneuf (2005, p. 347) a empatia é tida como a pedra basilar da relação de ajuda sendo, em certos casos sinónimo de relação de ajuda. É definida como

um sentimento profundo de compreensão da pessoa que percebe a dificuldade da pessoa ajudada como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive, e que lhe leva o reconforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções. (p. 347)

A empatia exige ao enfermeiro “um investimento pessoal muito sério para que ele consiga manter uma atitude de ajuda efectiva, essencial ao cuidar em enfermagem” (Queirós, 1999, p. 39).

Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 34) consideram que a empatia se manifesta quando se “sentem as emoções do outro e simultaneamente se compreende a dinâmica do seu comportamento, comunicando-se também ao cliente a nossa percepção da sua vivência e das suas emoções”.

Todavia, importa salientar que para tal “é certamente necessário que o enfermeiro seja capaz de ser sensível aos seus próprios estados de espírito e de sentimentos (Watson, 1985 citado em Queirós, 1999).

Mas, é a prática que permite ao enfermeiro desenvolver e dominar a empatia, tal como qualquer outra capacidade/competência. “A relação de ajuda é indissociável das intervenções de enfermagem de qualidade. O enfermeiro presta cuidados com toda a competência requerida pela sua profissão, quando ajuda o cliente em todas as suas dimensões de Ser Humano” (Lazure, 1994, p. 197).

Phaneuf (2005) salienta como condições desfavoráveis à relação de ajuda a tendência do enfermeiro se interessar mais por tarefas de alta visibilidade (técnicas e organizacionais), as barreiras à comunicação (juízos de valor) e a personalidade autoritária do enfermeiro. Lopes (2006a) acrescenta que a presença de características alexitímicas no estudante de enfermagem ou enfermeiro é também uma condição desfavorável à compreensão empática do cliente.

Deste modo,

A evolução das exigências dos utilizadores dos serviços de saúde, a explosão dos conhecimentos científicos e tecnológicos, a evolução das práticas de cuidados, a exigência cada vez maior do trabalho em equipa multidisciplinar com a consequente procura de uma identidade profissional, constituem motivos de reflexão profunda sobre a natureza do cuidar e respectiva formação. (Santos, 2000, p. 59)

Ao longo deste capítulo ficou clara a importância que as habilidades comunicacionais e/ou relacionais assumem para a Enfermagem e para a qualidade dos cuidados de enfermagem, são o elemento diferenciador de uma prática de enfermagem de excelência. Inicialmente estas competências foram preferencialmente associadas à intervenção de enfermagem no contexto da Psiquiatria, hoje é consensual a sua necessidade nas diferentes áreas e contextos de cuidados – medicina (Madeira & Lopes, 2007), cirurgia (Bedin, Ribeiro & Barreto, 2004), intensivos pediátricos (Cunha & Zagonel, 2008), intensivos

coronários (Santos, 2000), paliativos (Mok & Chiu, 2004; Araújo & Silva, 2007) e outros.

Necessidades de formação, falta de tempo, insegurança, pouco conhecimento de si, dificuldades em comunicar eficazmente, são algumas dos motivos apontados como responsáveis pela fraca valorização das competências relacionais nos enfermeiros.

Na verdade, o autoconhecimento (Roach, 1993 citado em Crossetti et al., 2000; Puggina & Silva, 2005; Edwards et al. 2006), a autoconsciência (Edwards et al. 2006), as características pessoais (Loft, 1994; Hesbeen, 2006), o reconhecimento e gestão das emoções (Goleman, 2000; Benrerbia et al., 2007), a assertividade (Edwards et al. 2006), a empatia (Lazure, 1994; Phaneuf, 2005), entre outros, são fatores determinantes para a qualidade dessa relação enfermeiro–cliente e, atualmente começam a ser desenvolvidos alguns projetos–piloto no sentido de estudar, e avaliar, a implicação de estratégias de desenvolvimento dessas habilidades em enfermeiros, relacionando-as com ganhos em saúde dos clientes.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO I – METODOLOGIA

Neste capítulo respeitante à metodologia pretendemos apresentar o método, os procedimentos e as técnicas utilizadas no desenvolvimento das etapas desta investigação, tendo-se em alguns momentos entrecruzado as metodologias qualitativas e quantitativas, numa triangulação de dados e de métodos (Streubert & Carpenter, 2002; Almeida & Freire, 2003).

1. PROBLEMÁTICA

A premissa de que o fundamento dos cuidados de enfermagem está centrado na relação interpessoal, estabelecida entre o profissional e a pessoa que necessita de cuidados está bem evidente na definição de cuidados de enfermagem, já referida anteriormente na página 102 (OE, 2002; 2004). A aquisição destas competências é considerada como um processo evolutivo que se desenvolve segundo vários estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). É certo que a competência profissional em enfermagem, em sentido lato, inclui os aspetos clínicos e técnicos, mas é o aspeto relacional que a completa (Phaneuf, 2005).

Podemos, deste modo, afirmar que a base da competência profissional de enfermagem reside, em primeiro lugar, nas qualidades pessoais, ou seja, na personalidade do enfermeiro, determinante para a aquisição de formação e experiência. Esta comporta, assim, dois aspetos essenciais: a mobilização das competências pessoais e a mobilização dos saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados em enfermagem (Phaneuf, 2005).

Empiricamente, reconhece-se que um enfermeiro, com melhor autoconhecimento e autoconceito/autoestima, capaz de identificar e compreender as suas emoções e as emoções dos outros e com melhores níveis de assertividade será um enfermeiro com superiores competências relacionais e de ajuda (capacidade de escuta, tolerância, coerência, cooperação, capacidade de decisão/ação e empatia). Esta é, também, a nossa experiência resultante da lecionação das Unidades Curriculares de Técnicas de Comunicação e Intervenção e de Ensino Clínico (orientação) do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Na última década, vários estudos têm realçado a importância das competências relacionais dos enfermeiros. Contudo, poucos se debruçam sobre o modo de promover, de desenvolver essas competências relacionais nos enfermeiros e/ou estudantes de enfermagem. Entre os efetuados, destaque para Fernandes (2007), onde, pese embora se circunscreva à deteção das competências, concluiu que o crescimento pessoal é o maior preditor do investimento comunicacional dos enfermeiros.

Os programas de desenvolvimento de competências sociais têm sido aplicados no sentido de garantir a realização de um trabalho eficiente, em vários profissionais: administradores educacionais (Smith & Montello, 1992), médicos (Amack, 1995), psicólogos (Egan, 1994), gerentes (Burley-Allen, 1995) e, também, com estudantes do Ensino Superior, nomeadamente de psicologia (Del Prette et al., 2004) e de ciências exatas (Del Prette & Del Prette, 2003a), com o objetivo de melhorar o rendimento académico e o relacionamento interpessoal (Falcone, 2000).

De facto, o desenvolvimento de competências sociais como expressão de emoções, assertividade, cooperação, civilidade, tolerância, empatia, entre outras, torna-se hoje imprescindível para que o enfermeiro demonstre capacidades relacionais e de ajuda no seu desempenho profissional. Parte-se do pressuposto que uma pessoa mais consciente das suas capacidades, das suas competências, será certamente mais segura e confiante nas dimensões pessoal e social e, por conseguinte, mais competente na dimensão profissional.

Assim, esta investigação tem como problema de partida:

Qual o impacto de um programa de promoção de competências pessoais e sociais, ministrado aos estudantes de enfermagem, no desenvolvimento das suas relações interpessoais e de ajuda em contexto de ensino clínico que fomentem a melhoria/eficácia na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados?

Isto porque se considera que a competência profissional se desenvolve através de uma combinação virtuosa de três dimensões: clínica, técnica e relacional (sendo que esta última, com o desenvolvimento das primeiras, tem sido demasiadamente desvalorizada).

2. FINALIDADE E OBJETIVOS

O desenvolvimento desta investigação tem como finalidades:

- Contribuir para a formação de estudantes de enfermagem e futuros enfermeiros com a valorização das competências relacionais/relações interpessoais no cuidar em enfermagem;
- Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao utente, família e comunidade.

Para o conseguir, pretendemos atingir os seguintes quatro objetivos:

- Caracterizar as necessidades, relativamente ao desenvolvimento de competências relacionais/interpessoais, em estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem;
- Desenvolver o auto e heteroconhecimento nos estudantes de enfermagem, favorecendo o seu desenvolvimento pessoal e social;
- Avaliar a aplicação de um programa de intervenção planeado com base nas necessidades identificadas;
- Desenvolver competências pessoais e sociais nos estudantes de enfermagem de modo a incrementar as competências relacionais no cuidar, favorecendo o êxito/desempenho em ensino clínico.

3. HIPÓTESES

Para esta investigação foram formuladas as seguintes hipóteses:

- H1 (Estudo 1) – Não há diferença entre o grupo de controlo (GC) e o grupo experimental (GE) no pré-teste relativamente às variáveis de caracterização:
 - sociodemográfica (género, idade, naturalidade, estado civil, escolaridade dos pais, profissão e situação profissional dos pais);
 - da escolha, ingresso e frequência do CLE (opção pelo Curso de Enfermagem, nota de acesso ao Ensino Superior, existência de unidades curriculares em atraso, número de unidades curriculares em atraso e média de classificações do 1º ano);
 - psicológica (autoconceito, alexitimia);
 - da competência social (assertividade).
- H2 (Estudo 2) – Há diferença no nível de desenvolvimento das competências pessoais e sociais (autoconceito, alexitimia e assertividade) entre os estudantes que apenas participaram nas atividades letivas previstas no plano de Estudos do CLE (GC) e os estudantes que participaram no programa de intervenção “Cuidar-se para Saber Cuidar” (GE) antes e depois da intervenção.
- H3 (Estudo 2) – Existe diferença no nível de desenvolvimento de competências pessoais e sociais (autoconceito, alexitimia e assertividade) antes e depois do desenvolvimento do programa de intervenção no GC e no GE.

- H4 (Estudo 3) – Há diferença no nível de desenvolvimento das competências pessoais e sociais (autoconceito, alexitimia e assertividade) entre os estudantes que apenas participaram nas atividades letivas previstas no plano de Estudos do CLE (GC) e os estudantes que participaram no programa de intervenção “Cuidar-se para Saber Cuidar” (GE), no final do primeiro ensino clínico (seis meses após a intervenção).
- H5 (Estudo 3) – Há diferença no nível de desenvolvimento das competências relacionais e de ajuda no desempenho em ensino clínico entre os estudantes que participaram no programa de intervenção “Cuidar-se para Saber Cuidar” (GE) e os estudantes que apenas participaram nas atividades letivas previstas no plano de Estudos do CLE (GC).
- H6 (Estudo 3) – Há diferença no nível de desenvolvimento da comunicação interpessoal em enfermagem no desempenho em ensino clínico entre os estudantes do GC e GE.
- H7 (Comparativo inter-estudos) – Existe diferença no nível de desenvolvimento de competências pessoais e sociais (autoconceito, alexitimia e assertividade) antes do desenvolvimento do programa de intervenção e em follow-up no GC e no GE.

4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A investigação teve como população os estudantes do 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) de uma Escola Superior de Enfermagem que realizaram ensino teórico no 3º semestre, estando distribuídos por 3 turmas, perfazendo um total de 166 estudantes.

No entanto a amostra foi constituída por 104 estudantes, do 2º ano, 3º semestre (Turmas A e E), do CLE. Foram considerados como critérios de seleção da amostra, a colaboração voluntária no programa de intervenção, a inexistência de realização de ensino clínico e pertencerem ao ano acima referenciado.

O GE (62 estudantes) foi submetido ao programa de intervenção “Cuidar-se para Saber Cuidar”.

A participação no programa, para além dos critérios mencionados, está sujeita aos seguintes pressupostos, dos quais os participantes foram informados na 1ª sessão:

- Aceitação da participação no programa: assinatura de contrato/compromisso;
- Preenchimento de instrumentos de recolha de dados;
- Presença e participação ativa nas sessões (apenas são permitidas duas faltas);

- Sigilo do que emerge em cada sessão;
- Entrega de certificado de participação no final do programa (30h);
- Desenvolvimento de competências favorecedoras do desempenho em ensino clínico.

A fim de melhorar o controlo de algumas variáveis, prevenir alguns vieses e assegurar a fidedignidade dos resultados obtidos, esta investigação tem também um grupo de controlo (GC) constituído por 42 estudantes do 2º ano, 3º semestre (Turmas C do CLE) que foram submetidos nos mesmos timings, aos mesmos instrumentos de avaliação do GE.

Gostaríamos ainda de ressaltar que a distribuição dos estudantes por turma é aleatória. Nesta sequência, considerando a aleatoriedade de distribuição dos alunos por turma e o regime de voluntariado para participação no programa, consideramos que a amostra utilizada nesta investigação, quer para o GE, quer para o GC, é uma amostra aleatória (Cano, 2008; Ribeiro, 2008).

5. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Tendo por base a revisão da literatura relacionada com as diferentes opções metodológicas de investigação possíveis, o quadro conceptual e o problema de investigação, adotamos, no plano geral da investigação, pela utilização do desenho e método quasi-experimental. Nesta investigação, consideramos a atuação sobre a variável independente (competências pessoais e sociais) concebendo, implementando e avaliando um programa de intervenção que denominámos “Cuidar-se para Saber Cuidar” a fim de identificar que alteração este produz na variável dependente (competências relacionais em enfermagem). Para tal são definidos dois grupos (GE e GC), onde os participantes são distribuídos de modo aleatório em cada um dos grupos. Intervém-se sobre o GE e não sobre o GC e depois comparam-se as modificações que se verificaram após a intervenção (no final do programa e em follow-up após 6 meses). Neste tipo de estudo poder-se-á concluir que as mudanças ocorridas na variável dependente são causadas pelas mudanças que o investigador introduziu na variável dependente, ou seja, pode concluir-se por uma relação de causalidade (Cano, 2008; Ribeiro, 2008).

Nesta sequência, a investigação que apresentaremos, de carácter longitudinal, baseia-se na avaliação antes e após a intervenção (x) no GE e no GC e inclui também, uma avaliação de follow-up efetuada cerca de 6 meses após a

realização do programa (em contexto clínico) em ambos os grupos, conforme se pode visualizar no esquema seguinte:

$$\begin{array}{ccc} \text{Obs}_{1 \text{ GE}} & \times & \text{Obs}_{2 \text{ GE}} \quad \text{Obs}_{3 \text{ GE}} \\ \text{Obs}_{1 \text{ GC}} & & \text{Obs}_{2 \text{ GC}} \quad \text{Obs}_{3 \text{ GC}} \end{array}$$

Esta investigação tem uma componente de pesquisa quantitativa, na medida em que investiga “fenómenos que se prestam à mensuração precisa e à quantificação, envolvendo um delineamento rigoroso e controlado”, mas tem também uma componente de pesquisa qualitativa, na medida em que investiga “fenómenos de forma profunda e holística”, recorrendo à “colheita de materiais narrativos ricos” (Polit, Beck & Hungler, 2004, p. 438).

A investigação desenvolveu-se em quatro estudos distintos mas complementares de modo a obter a aferição, validação, teste e aplicação dos instrumentos metodológicos.

· **Estudo preparatório: Validação e aferição para a população portuguesa da Interpersonal Communication Assessment Scale**

Na sequência da inexistência da versão portuguesa da Interpersonal Communication Assessment Scale (ICAS – Anexo 1), pretendeu-se neste estudo efetuar a sua validação para a população portuguesa.

A recolha de dados para o estudo psicométrico decorreu em junho e julho de 2009, utilizando uma amostra de 156 estudantes do 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem a realizar o primeiro ensino clínico.

· **Estudo 1: Diagnóstico de situação das competências relacionais dos estudantes de enfermagem**

O diagnóstico de situação foi essencialmente quantitativo, considerando-se um estudo descritivo-correlacional, de comparação entre grupos (Ribeiro, 2008), embora também apresente uma componente qualitativa, com características de estudo exploratório-descritivo, onde se utilizaram questões abertas, das quais foi feita análise de conteúdo.

O instrumento de recolha de dados quantitativo utilizado (Anexo 2) foi constituído por: Questionário Sociodemográfico e do Curso de Enfermagem – QSDCE; Escala de Alexitimia de Toronto – TAS-20 (Veríssimo, 2001b); Inventário

Clínico de Autoconceito – ICAC (Vaz–Serra, 1986b) e Escala de Assertividade de Rathus – RAS (Detry & Castro, 1996).

O instrumento de recolha de dados qualitativo, Ficha de avaliação de necessidades relacionais (Anexo 3), considera outras necessidades na área de competências relacionais (de formação e clínicas) que possam não ter sido expressas pelos estudantes e/ou diagnosticadas.

Os instrumentos de recolha de dados foram aplicados em outubro de 2009 aos estudantes que participaram no programa de intervenção “Cuidar–se para Saber Cuidar” (GE: $n=62$) e aos estudantes do grupo de controlo (GC: $n=42$) na mesma semana letiva.

· **Estudo 2: Conceção, implementação e avaliação de programa de intervenção para o desenvolvimento de competências relacionais em estudantes de enfermagem**

Após pesquisa aprofundada nos domínios das competências relacionais em enfermagem, das competências pessoais e sociais e da implementação de programas de intervenção para o desenvolvimento dessas competências, procedeu-se à conceção, aplicação e avaliação de um programa de intervenção que denominámos “Cuidar–se para Saber Cuidar”, constituído por 10 sessões, com a duração de 2 horas. A calendarização e horário das sessões foram combinados com os participantes considerando os horários letivos de modo a diminuir a probabilidade de faltas e consequente exclusão do programa, tendo decorrido de 14 de outubro a 26 de novembro de 2009.

Este estudo é do tipo quasi-experimental e tem uma amostra aleatória de 62 estudantes no GE e 42 no GC.

No sentido de avaliar a eficácia e eficiência do programa “Cuidar–se para Saber Cuidar”, além dos instrumentos quantitativos utilizados no Estudo 1, foram também utilizados instrumentos qualitativos imprimindo ao estudo um cunho exploratório–descritivo, tendo-se considerado os seguintes momentos de avaliação e instrumentos:

- Início do programa – aplicada a Ficha de avaliação inicial e expectativas do programa (instrumento qualitativo com posterior análise de conteúdo – Anexo 4), para além dos instrumentos (QSDCE, TAS–20, ICAC, RAS e Ficha de avaliação de necessidades relacionais) referidos no Estudo 1.
- Final de cada sessão – aplicada a Ficha de avaliação da sessão (instrumento qualitativo com posterior análise de conteúdo – Anexo 5),

- Final do programa – aplicado o QSDCE, a TAS-20, o ICAC, a RAS e a Ficha de avaliação global do programa (instrumento quantitativo – Anexo 6).

No GC foi aplicado o QSDCE, a TAS-20, o ICAC e a RAS na mesma semana letiva (25 de novembro de 2009) do término da intervenção no GE.

· **Estudo 3: Avaliação das competências relacionais dos estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico**

Após a intervenção ocorrida durante o ensino teórico (2º ano, 3º semestre), os estudantes seguiram o seu percurso académico para o primeiro ensino clínico (2º ano, 4º semestre). Foi no final deste ensino clínico (junho de 2010) que efetuámos a avaliação da efetividade da intervenção (6 meses após a realização do programa) e deste modo completámos resultados acerca da validade interna (objetivando as alterações que são efetivamente devidas à intervenção) e da validade externa (analisar a possibilidade de generalização dos resultados) da intervenção (Cano, 2008).

Foi aplicado o QSDCE, a TAS-20, o ICAC e a RAS, complementados com o Inventário de Competências Relacionais e de Ajuda – ICRA (Anexo 7; Ferreira, Tavares & Duarte, 2005) aos estudantes do GE e do GC. Também os professores orientadores dos estudantes no primeiro ensino clínico responderam à versão portuguesa da Interpersonal Communication Assessment Scale – ICAS (Anexo 8; Lopes, Azeredo & Rodrigues, no prelo) a cada um dos estudantes que participam nesta investigação, quer como elemento do GE, quer como elemento do GC.

6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foram desenvolvidas diligências que culminaram na obtenção das autorizações dos autores (nacionais e internacionais), para a utilização dos instrumentos de recolha de dados, e na obtenção das autorizações da Presidente da Escola para o estudo de validação da ICAS e para a realização do programa de intervenção com os estudantes do 2º ano do CLE. Também foi obtida autorização para a emissão de certificado de participação aos estudantes do GE, o qual foi entregue pessoalmente.

O programa de intervenção “Cuidar-se para Saber Cuidar” foi divulgado e apresentado aos estudantes do 2º ano do CLE (turmas A e E) a fim de conseguir colaboradores voluntários para participar no programa e que constituíram o GE. Esta divulgação ocorreu em sala de aula (final de tempo letivo) sendo feita a apresentação prévia dos objetivos, finalidades, pressupostos, organização e

duração das sessões que constituíam o programa. Os estudantes que se voluntariaram para participar no programa preencheram uma Ficha de dados pessoais, a fim de posteriormente elaborar o certificado de participação e possibilitar o contacto em caso de eventuais necessidades. Salientamos ainda que na primeira sessão foi solicitada a assinatura de contrato/compromisso de participação no programa (Anexo 9), que é simultaneamente uma declaração de consentimento informado.

Esta investigação obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, no qual se pode ler “...parece-nos que nada há a opor, em termos éticos, à realização do presente estudo” (Anexo 10).

7. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Tal como foi exposto no desenho da investigação, ao longo dos diferentes estudos foram utilizados múltiplos instrumentos de recolha de dados que passaremos a apresentar.

Questionário Sociodemográfico e do Curso de Enfermagem (QSDCE)

Este questionário, construído pelo investigador, avalia as condições sociodemográficas e especificidades acerca da escolha, ingresso e frequência do CLE. Assim, avalia as variáveis: género, idade, naturalidade, estado civil, escolaridade dos pais, profissão e situação profissional dos pais, opção pelo Curso de Enfermagem, nota de acesso ao Ensino Superior, existência de unidades curriculares em atraso, número de unidades curriculares em atraso e média de classificações do 1º ano.

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

Para avaliar a alexitimia foram desenvolvidos vários instrumentos de recolha de dados ao longo dos anos, contudo o mais válido e fiável é a Escala de Alexitimia de Toronto, desenvolvida por Taylor, Ryan e Bagby em 1985, constituída por 26 itens. Posteriormente foi revista originando a TAS-20 composta apenas por 20 itens (Bagby, Parker & Taylor, 1992). Este instrumento encontra-se adaptado e validado para diferentes línguas, contextos culturais e países (Taylor, Bagby & Parker, 2003): Portugal (Prazeres, Parker & Taylor, 2000, 2008; Veríssimo, 2001b), Brasil (Yoshida, 2000; Wiethaeuper, Balbinotti, Pelisoli & Barbosa, 2005), França (Loas, Fremaux & Marchand, 1995), Espanha, Peru, Itália,

Alemanha, Finlândia, Suécia, Grécia, Bélgica, Tailândia, Índia, entre outros, sendo hoje o mais largamente difundido e, seguramente, a medida mais utilizada para avaliar a alexitimia.

A TAS-20 é uma escala de autoavaliação do tipo Lickert, com 20 itens, pontuados de 1 a 5 e o valor total varia entre 20 e 100. Contudo as questões 4, 5, 10, 18 e 19 são pontuadas inversamente, de modo a que as pontuações mais elevadas correspondam a características alexitímicas maiores, ou seja a um défice mais acentuado.

O estudo da fiabilidade e validação da tradução portuguesa foi desenvolvido por Veríssimo em 1995 (2001b, p. 532). A versão daí resultante foi posteriormente analisada pelos autores da versão original, que a consideraram com uma “equivalência translinguística excelente”. A análise fatorial com rotação varimax normalizada confirma a existência de 3 fatores: F1 – traduz a dificuldade em identificar sentimentos; F2 – revela a dificuldade em descrever sentimentos; F3 – representa o pensamento orientado para o exterior. Relativamente à consistência interna, apresenta alta fiabilidade da escala como um todo e do fator 1, com valores do coeficiente alpha de Cronbach superiores a 0,70, apresentando resultados ligeiramente inferiores para os fatores 2 (0,56) e 3 (0,70).

Quanto à confiança e estabilidade temporal, através do teste-reteste, apresenta uma fiabilidade excelente (99,999%) quer para a pontuação global, quer para os fatores integrantes.

Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC)

O ICAC é um instrumento unidimensional de autoavaliação de aspetos emocionais e sociais do autoconceito, considerados importantes no ajustamento pessoal, que caracterizam a maneira de ser habitual do indivíduo e não o estado em que transitoriamente se encontra. Construído por Vaz-Serra em 1985 (1986b) e validado na população portuguesa pelo autor, tem sido largamente utilizado em numerosas investigações com amostras muito diversas.

Trata-se de uma escala tipo Lickert com 20 itens, cotados de 1 a 5, em que a maior pontuação exprime um autoconceito mais elevado. Contudo os itens 3, 12 e 18, elaborados em sentido negativo, são cotados de forma inversa mantendo sempre o mesmo princípio. A pontuação total varia entre 20 e 100.

Da análise de componentes principais seguida de rotação ortogonal resultam seis fatores que explicam 53,42% da percentagem cumulativa da variância. Destes apenas quatro são perfeitamente bem definidos: fator 1 (F1) –

aceitação/rejeição social; fator 2 (F2) – autoeficácia; fator 3 (F3) – maturidade psicológica; fator 4 (F4) – impulsividade. Os fatores 5 e 6 apresentam um carácter misto pelo que o autor não lhes atribuiu uma denominação específica.

Na validação do ICAC, com uma amostra de 920 elementos da população geral, foi obtido um coeficiente de Spearman–Brown de 0,791 e um coeficiente teste–reteste de 0,838, para 108 elementos num intervalo de um mês, o que revela boa consistência interna e boa estabilidade temporal. A correlação entre a classificação pessoal do autoconceito e a nota global obtida na escala foi de 0,466, para os 920 elementos da amostra, traduzindo boa validade do construto (Vaz–Serra, 1986b).

O ICAC possui um inegável valor prático, clínico e investigacional tendo–se mostrado sensível, específico e correlacionável com outro instrumento de avaliação do autoconceito, o Diferenciador Semântico de Osgood (Mota–Cardoso, Veríssimo, Pais & Moura, 1986).

Escala de Assertividade de Rathus (RAS)

A Escala de Assertividade de Rathus, designada originalmente por Rathus Assertiveness Schedule, foi construída por Rathus em 1973, com o objetivo de medir as mudanças que ocorrem no comportamento assertivo e que diferencia o comportamento assertivo do comportamento não assertivo (Detry & Castro (1990; 1996). As autoras salvaguardam que na construção da RAS o conceito de assertividade se relaciona com um “conjunto de parâmetros da competência social”. Deste modo a

assertividade é vista como um comportamento multifacetado, comportando as dimensões: dar respostas mais compridas, com curto tempo de latência antes de as fornecer; capacidade de fazer pedidos aos parceiros sociais; algumas características não verbais (contacto ocular, tom de voz, ...) capacidade de ser reforçador para os outros e de obter o reforço positivo de outrem e capacidade de expressão adequada dos sentimentos. (Detry & Castro, 1996, p. 358)

A RAS é uma escala de autorrelato estruturado, constituída por 30 itens, que descrevem comportamentos ou sentimentos que ocorrem em situações sociais quotidianas. Os participantes, utilizando a folha de resposta, respondem a cada item usando uma escala de 0 a 5 que vai de *Nada característica* a *Muito*

característica. Contudo a cotação é efetuada de -3 a +3 respetivamente, salvaguardando os itens cotados de forma inversa: 1, 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 26, 30. O valor global pode variar de -90 a +90.

O trabalho de Rathus revela como intervalo de confiança os valores normais: [-15, +34]. A versão portuguesa desenvolvida por Detry e Castro (1990) mostra como intervalo de confiança [-26, +22].

A RAS na versão original mostrou ter uma moderada a alta confiabilidade teste-reteste ($r=0,78$; $p<0,001$) e confiabilidade split-half ($r=0,77$; $p<0,001$). A análise de itens mostra que 27 dos 30 itens se correlacionam significativamente com o score total e 19 dos 30 se correlacionam significativamente com critérios externos (Rathus, 1973).

Esta escala tem sido amplamente utilizada em diversas investigações e diferentes contextos culturais e populações.

Ficha de avaliação de necessidades relacionais

Este instrumento, constituído por cinco questões abertas, foi concebido com o objetivo de conhecer as necessidades relacionais manifestadas pelos estudantes de enfermagem na sua relação interpessoal e profissional e as necessidades de formação.

Ficha de avaliação inicial e expectativas do programa

O instrumento, construído no sentido de conhecer melhor as necessidades dos participantes e de avaliar as expectativas acerca do programa, é composto por quatro questões abertas acerca: da motivação para participar no programa; do que espera que ocorra no programa; das necessidades de mudanças em si e no cuidar em enfermagem no final do programa de intervenção.

Ficha de avaliação da sessão

É um instrumento constituído por quatro questões abertas a que os participantes no programa de intervenção responderam no final de cada sessão com o objetivo não só de avaliar a sessão (o que aprendeu; o que achou mais interessante), mas também o desenvolvimento facilitado por esta, através da sua transposição e utilidade na vida pessoal e profissional (no cuidar em Enfermagem). Para além destas, o questionário inclui uma questão aberta destinada a sugestões.

Salientamos que constituíram uma exceção a esta avaliação a primeira e a última sessões, dado que foram essencialmente destinadas à apresentação do programa e preenchimento de outros instrumentos de recolha de dados.

Ficha de avaliação global do programa

Com o objetivo de avaliar o programa de intervenção na sua globalidade, na última sessão, os participantes responderam a um questionário construído para o efeito, do tipo Likert, com 28 itens pontuados de 1 (*Mau*) a 5 (*Muito Bom*), em que o valor total varia entre 28 e 140 pontos.

Os aspetos avaliados foram: a metodologia; as sessões; o relacionamento; a preparação da dinamizadora; o espaço físico; a participação do estudante; o desenvolvimento de competências do estudante; o programa.

Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA)

O ICRA é um instrumento de autorresposta, destinado a avaliar as competências relacionais de ajuda de um enfermeiro. Foi desenvolvido em 2005 por Ferreira, Tavares e Duarte (2005, 2006) utilizando na sua validação uma amostra constituída por 314 estudantes da formação inicial em Enfermagem das escolas públicas da zona Centro de Portugal.

As respostas situam-se numa escala de 1 (*Completamente em desacordo*) a 7 (*Completamente de acordo*) em que a nota global pode ir de um mínimo de 51 a um máximo de 357.

O coeficiente de Sperman-Brown obtido na sua validação foi de 0,8792 e o coeficiente de alpha de Cronbach de 0,7474. A análise fatorial, com rotação ortogonal do tipo varimax, revelou a existência de 4 fatores, com raízes latentes superiores a 1, que explicam 46,939% da variância total: F1 – Competências genéricas; F2 – Competências empáticas; F3 – Competências de comunicação; F4 – Competências de contacto.

De acordo com os autores do instrumento, as competências genéricas revelam a forma como o enfermeiro entende o outro, o seu trabalho e a sua pessoa; as competências empáticas demonstram o modo com o enfermeiro entra no mundo do utilizador dos cuidados de saúde, o reconhece como único e aceita os seus pontos de vista; as competências de comunicação englobam recursos importantes da comunicação como a escuta, o silêncio, a reformulação e a síntese; e as competências de contacto referem-se à posição, postura e modo

como o enfermeiro se coloca face ao utilizador dos cuidados de saúde (Ferreira, Tavares & Duarte, 2006).

Relativamente à estabilidade temporal, Ferreira et al., (2006) salientam que o estudo da fiabilidade teste-reteste não foi efetuado, considerando-o pouco relevante uma vez que este inventário é um instrumento para medir um estado que poderá ser modificado.

Os autores do inventário constataram ainda que a estrutura fatorial empírica se ajusta à organização conceptual inicial.

Interpersonal Communication Assessment Scale (ICAS) / Escala de Avaliação da Comunicação Interpessoal

A ICAS foi desenvolvida por Klakovich e delaCruz em 2006, com o objetivo de avaliar as competências de comunicação dos estudantes em diferentes ciclos de estudos. É um instrumento que permite a auto e heteroavaliação, do tipo Lickert, constituído por 23 itens que correspondem aos comportamentos de comunicação interpessoal que se esperam dos estudantes de enfermagem. A cotação varia de 1 (*Raramente*) a 4 (*Quase sempre*) e corresponde ao nível de eficácia atingido em cada item.

O estudo de fiabilidade e validade da versão portuguesa da Escala de Avaliação da Comunicação Interpessoal foi realizado em 2009 por Lopes et al., (no prelo), é apresentado com maior detalhe no capítulo seguinte deste trabalho.

A análise fatorial com rotação varimax confirmou a existência de três fatores: F1 – advocacia; F2 – o uso terapêutico de si próprio; F3 – validação. A consistência interna revelou um elevado índice de confiabilidade da ICAS como um todo com valores do alpha de Cronbach=0,939 e valores ligeiramente inferiores nos fatores: F1=0,857; F2=0,890; F3= 0,795 traduzindo bons índices de consistência interna nas três dimensões (Lopes et al., no prelo).

Relativamente à estabilidade temporal avaliada através do teste-reteste, apresentou valores do coeficiente de correlação de Pearson: ICAS $r=0,740$; $p=0,000$; F1 $r=0,744$; $p=0,000$; F2 $r=0,553$; $p=0,000$; F3 $r=0,775$; $p=0,000$, revelando muito boa estabilidade entre as duas aplicações (Lopes et al., no prelo).

8. TRATAMENTO DE DADOS

Recolhidos os dados procedeu-se à análise estatística dos dados qualitativos e à análise de conteúdo dos dados quantitativos.

Análise estatística

Os dados quantitativos obtidos foram tratados informaticamente através do programa Predictive Analytics Software (PASW) Statistics, versão 18,0 para Windows, tendo-se recorrido a métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial.

Na estatística descritiva utilizaram-se as medidas de tendência central e as medidas de dispersão.

Relativamente à estatística inferencial, após a verificação da normalidade da distribuição através do teste de Kolmogorov-Smirnov, constatou-se que todas as variáveis seguem uma distribuição normal (com exceção do número de unidades curriculares em atraso) pelo que foram utilizados testes paramétricos: o Qui-quadrado para verificação da probabilidade de diferenças entre os dois grupos da nossa amostra e o teste *t* para amostras emparelhadas e independentes para comparação de médias entre os dois grupos. Na exceção referida, foi utilizado o teste Mann-Whitney para verificação da diferença de médias (Pestana & Gageiro, 2005).

Na verificação dos testes de hipóteses foram considerados como nível de significância $p < 0,05$ (diferença estatística significativa) e $p < 0,001$ (diferença estatística altamente significativa).

No que se refere à validação e aferição da ICAS para o contexto cultural português, procedeu-se à análise da consistência interna, estabilidade temporal e análise fatorial. Para todas as escalas utilizadas nesta investigação, efetuou-se o estudo do coeficiente do alpha de Cronbach como medida de fidelidade interna.

Análise de conteúdo

Os dados qualitativos obtidos através dos diferentes instrumentos de recolha foram tratados utilizando a análise de conteúdo que “é um conjunto de técnicas de análise de comunicações” (Bardin, 2004, p. 27).

A análise de conteúdo tem como finalidade efetuar inferências sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas, com base numa lógica explicitada, tendo subjacente algumas condições: os dados de que dispõe já estão dissociados da fonte e das condições gerais em que foram produzidos; os dados são colocados num novo contexto construído de acordo com os objetivos e objeto da pesquisa; para efetuar inferências a partir dos dados, recorre-se a um sistema de conceitos analíticos cuja articulação permite formular as regras da inferência (Vala, 1986).

Independentemente das questões formuladas pelo investigador se poderem relacionar com a frequência, com as características ou atributos, ou com a associação ou dissociação entre os objetos, todas elas pressupõem um conjunto de operações, que foram respeitadas nesta investigação: delimitação dos objetivos e definição do quadro referencial teórico; constituição de um corpus do material a analisar; definição de categorias, que são compostas por um termo chave que indica a significação central do conceito que se pretende apreender, podendo ser feita a priori ou a posteriori, ou através da conjugação destes dois processos; definição de unidades de análise. Estas últimas, podem ser de três tipos: unidade de registo, que corresponde ao segmento determinado do conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria; unidade de contexto, que corresponde ao segmento mais largo de conteúdo que o analista examina quando caracteriza a unidade de registo; unidade de enumeração, que é a unidade em função da qual se procede à quantificação. Por fim, todo este processo de análise de conteúdo pressupõe ainda a elaboração de procedimentos que visem assegurar a sua fidedignidade e validade (Vala, 1986).

Salientamos que a formulação de categorias obedece às seguintes regras: homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade e pertinência (Amado, 2000; Bardin, 2004; Oliveira, 2008).

Tendo em conta os aspetos mencionados, o processo de análise de conteúdo iniciou-se com uma pré-análise do material através da leitura flutuante das respostas questão a questão, tentando obter uma perceção da globalidade de respostas. Seguiu-se a exploração do material e sua codificação com a identificação e delimitação das unidades de registo, ou de significação, emergindo as categorias e subcategorias dos dados empíricos, através de um processo indutivo.

A validade e fidedignidade da análise de conteúdo foram asseguradas pela análise do grau de concordância entre o investigador e um painel de peritos.

Importa ainda referir que, para a análise de conteúdo efetuada nesta investigação, não foi utilizado nenhum programa informático, dado que estes não fazem análise de conteúdo concretamente, apenas executam a análise de conteúdo que o investigador delineou, cabendo-lhe todas as decisões sobre o que fazer, como e porquê.

CAPÍTULO II – ESTUDO PREPARATÓRIO: VALIDAÇÃO E AFERIÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA INTERPERSONAL COMMUNICATION ASSESSMENT SCALE (ICAS)

Desconhecendo a existência de um instrumento de recolha de dados para avaliação das competências de comunicação interpessoal dos estudantes de enfermagem em contexto clínico na língua portuguesa, foi selecionada para a recolha de dados nesta investigação a Escala de Avaliação da Comunicação Interpessoal (ICAS), instrumento recentemente construído no Canadá, para o qual foi necessário desenvolver os estudos empíricos conducentes à sua validação e aferição para um novo contexto cultural.

1. METODOLOGIA

Este estudo teve como objetivo geral validar para a população portuguesa a Escala de Avaliação da Comunicação Interpessoal (ICAS) originalmente desenvolvida em inglês por Klakovich e delaCruz (2006). Sabendo que a literatura existente no domínio da investigação recomenda que em culturas diferentes é preferível utilizar versões de instrumentos já devidamente testados ao invés de criar instrumentos novos para cada contexto cultural (Duarte & Bordin, 2000). Contudo as Diretrizes Internacionais para a Utilização de Testes (International Test Commission, 2003) recomendam que esta utilização implique a validação ao novo contexto cultural, desenvolvida de acordo com uma metodologia rigorosa, de modo a manter não só a equivalência cultural, mas também a equivalência semântica, técnica, de construto, de conteúdo e de critério (Duarte & Bordin, 2000; International Test Commission, 2003; Polit et al., 2004).

Deste modo a metodologia de validação da ICAS desenvolveu-se em quatro etapas: tradução, retrotradução (backtranslation), comparação das duas versões (original e retrotraduzida) e evidência da validade do instrumento no novo contexto (Hill & Hill, 2000).

A tradução da ICAS para a língua portuguesa foi inicialmente efetuada por uma tradutora bilingue (especializada em língua inglesa) e posteriormente apresentada a um grupo de quatro juízes bilingues, com reconhecida experiência na comunidade científica e académica nos domínios das Ciências de Enfermagem, da Educação e da Investigação. Salienta-se que os juízes fizeram primeiramente

uma apreciação individual da tradução, seguida de uma reunião conjunta para análise e discussão das apreciações, o que conduziu a algumas alterações de pormenor relacionadas com a equivalência técnica.

Procedeu-se à retrotradução para a língua inglesa por uma tradutora bilingue (especializada em língua inglesa) que desconhecia a versão original da escala. As duas versões da ICAS (original e retrotraduzida) foram comparadas pelos juízes que, verificando a existência de equivalência em relação à versão original, a consideraram apta a ser utilizada.

Na versão portuguesa da ICAS foram mantidas todas as características da versão original, sendo por isso uma escala tipo Lickert, constituída por 23 itens correspondentes aos comportamentos de comunicação interpessoal que se esperam dos estudantes de enfermagem, cujo nível de eficácia varia de 1 (*Raramente*) a 4 (*Quase sempre*).

1.1. Instrumento

Apesar do âmagio da Enfermagem se centrar na comunicação interpessoal, existem poucos instrumentos psicométricos para medir as competências de comunicação interpessoal nos estudantes de licenciatura e de mestrado.

Em 2006, Klakovich e delaCruz desenvolvem a Interpersonal Communication Assessment Scale, desenhada para avaliar as competências de comunicação dos estudantes nos diferentes ciclos de estudos, com base na triangulação reprodutiva utilizando os métodos dedutivos e indutivos e o Modelo de Competência Relacional como orientador da conceptualização e do desenvolvimento do instrumento.

A ICAS, inicialmente foi composta por 54 itens. Apesar dos índices de fiabilidade bastante elevados (α de Cronbach=0,98), o objetivo dos autores era construir um instrumento de fácil e rápido preenchimento pelos professores orientadores de ensino clínico. Preservando a integridade das dimensões, retiraram os itens com as maiores correlações item-total, resultando um instrumento com 32 itens cuja análise fatorial exploratória, com extração de componentes principais e rotação varimax, revelou uma solução de quatro fatores. Não sendo o quarto fator interpretável, o scree plot indica uma solução de três fatores, tendo a repetição da análise fatorial exploratória com uma solução forçada para três fatores permitido uma interpretação lógica dos resultados. Os itens com uma carga fatorial igual ou superior a 0,60 foram

mantidos, o que originou a ICAS-23 itens, com três subescalas que explicam 60% da variância (Klakovich & delaCruz, 2006; Polit & Beck, 2008):

F1 – advocacia (transmitir de forma clara o diagnóstico e outras informações relevantes como forma de apoiar os desejos e decisões do utente/família);

F2 – o uso terapêutico de si próprio (demonstrar comportamentos interpessoais que ajudam o utente a alcançar resultados saudáveis a nível emocional e comportamental, tais como: ser autêntico, empático e respeitoso com o utente);

F3 – validação (ouvir atentamente e verificar que a intenção das mensagens é corretamente interpretada).

O alpha de Cronbach da ICAS-23 itens (0,96) e das suas dimensões (F1=0,93; F2=0,93; F3=0,84) evidenciou boa consistência interna.

Os autores verificam, pela amplitude de valores da escala e pela média de classificação atribuída a estudantes no início da licenciatura, a estudantes no final da licenciatura, a estudantes no início do mestrado e a estudantes no final do mestrado, que a ICAS é um instrumento adequado para avaliação da competência de comunicação interpessoal em Enfermagem, uma vez que os estudantes no início da licenciatura obtêm classificações mais baixas que os estudantes no final da licenciatura, de igual modo os estudantes no início do mestrado recebem pontuações mais baixas que os estudantes no final do mestrado.

Assim, a ICAS diferencia significativamente as competências de comunicação interpessoal em estudantes de licenciatura e de mestrado em Enfermagem, é um instrumento com muito boa validade de construto e alta fiabilidade na consistência interna, sublinhando-se o seu potencial como instrumento formativo e sumativo para avaliar as competências de comunicação interpessoal em estudantes de enfermagem (Klakovich & delaCruz, 2006).

1.2. Procedimento

Num primeiro momento, com o objetivo de avaliar a consistência interna e a validade, solicitou-se a vinte e quatro docentes de uma Escola Superior de Enfermagem, orientadores/supervisores de estudantes do 2º ano, 2º semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem, a realizar o Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem (primeiro ensino clínico) no ano letivo de 2008/2009, que preenchessem a ICAS – versão portuguesa para cada um dos estudantes que orientavam em EC, explicitando o objetivo e âmbito do estudo, salientando o carácter voluntário da participação e assegurando anonimato. Foi

solicitado a cada um dos docentes que anotasse a correspondência entre o código do questionário e o estudante (não especificando a razão dessa anotação). A recolha de dados ocorreu na semana de 22 a 26 de junho de 2009. Obteve-se a devolução de 156 instrumentos devidamente preenchidos.

O segundo momento de avaliação ocorreu na semana 13 a 17 de julho de 2009 (2 semanas depois), com o objetivo de avaliar a estabilidade temporal da ICAS, solicitou-se a sete dos docentes anteriores que reaplicassem o instrumento aos estudantes, orientados por si e incluídos no primeiro momento, fazendo corresponder o código que anotaram anteriormente com o respetivo estudante (com a finalidade de avaliar a confiabilidade teste-reteste), obtendo-se a devolução de 45 instrumentos devidamente preenchidos.

Recolhidos os dados procedeu-se ao tratamento estatístico através do programa Predictive Analytics Software (PASW) Statistics, versão 18, sendo considerado o nível de significância de $p < 0,001$.

1.3. Amostra

Ribeiro (2008) considera que o número de participantes a incluir numa amostra é ditado normalmente pelo número de variáveis em análise, considerando-se cinco o número mínimo requerido por variável. Nesta sequência, o número mínimo exigido para a nossa amostra seria de 115 estudantes, dado que a ICAS tem 23 itens, valor que foi amplamente ultrapassado, o que permite garantir a segurança da análise dos resultados estatísticos.

Assim, no 1º momento deste estudo, a amostra foi constituída por 156 estudantes pertencentes ao 2º ano, 2º semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem e a realizar o Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem (primeiro ensino clínico) no ano letivo de 2008/2009. A administração da ICAS – versão portuguesa, foi efetuada com a colaboração dos docentes, orientadores/supervisores desses estudantes, a quem se solicitou o preenchimento para cada um dos estudantes que orientavam em EC. A amostra utilizada é não probabilista, de conveniência. As suas idades variaram entre 19 e 33 anos, sendo a média de idades de 20,64 anos e o desvio padrão de 2,20. O número de participantes do género feminino foi de 133 (85,26%) e do género masculino de 23 (14,74%).

No 2º momento deste estudo, foram selecionados 45 estudantes, que já fizeram parte da amostra no 1º momento, pertencentes ao 2º ano, 2º semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem

e a realizar o Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem no ano letivo de 2008/2009. Neste 2º momento a idade dos elementos da amostra variou entre 19 e 27 anos, sendo a média de idades de 20,31 anos e o desvio padrão de 1,31. O número de participantes do género feminino foi de 34 (75,56%) e do género masculino de 11 (24,44%).

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na análise estatística da versão portuguesa da ICAS foi efetuado o estudo psicométrico que resulta da fidelidade (consistência interna e teste-reteste) e da validade (de conteúdo, de construto e de critério) (Ribeiro, 2008).

• Consistência Interna

Para examinar a consistência interna da ICAS foi calculado, na amostra total de estudantes de enfermagem portuguesas ($n=156$), o coeficiente do alpha de Cronbach que revelou um elevado índice de confiabilidade (alpha de Cronbach=0,939) do total da ICAS. Nas dimensões da escala o alpha de Cronbach foi de: 0,857 – advocacia; 0,890 – uso terapêutico de si próprio e 0,795 – validação, indicando também bons índices de consistência interna nas três dimensões (Quadro 1).

Na comparação com os valores de consistência interna encontrados pelos autores na versão original denota-se que esses valores são algo superiores, uma vez que os coeficientes do alpha de Cronbach foram de: 0,96; 0,93; 0,93 e 0,84 respetivamente para o total da ICAS, advocacia, uso terapêutico de si próprio e validação (Quadro 1).

Em síntese, a versão portuguesa da ICAS apesar de apresentar valores de consistência interna ligeiramente inferiores aos da versão original, quer nas três dimensões, quer no valor global, revela elevados índices de consistência interna e uma tendência de acompanhamento do comportamento dos valores da versão original.

Quadro 1 – Comparação da média, desvio padrão, variação e propriedades psicométricas (confiabilidade do coeficiente alpha de Cronbach) da ICAS e suas dimensões, nas versões original e portuguesa

Versão ICAS		F1 – Advocacia (10 itens)	F2 – Uso terapêutico de si próprio (9 itens)	F3 – validação (4 itens)	ICAS Total
Original (n=145)	Média	20,68	24,72	8,13	53,53
	Desvio padrão	7,72	6,57	2,82	15,17
	Min. – Máx.	10-39	9-36	3-15	22-86
	α Cronbach's	0,93	0,93	0,84	0,96
Portuguesa (n=156)	Média	26,25	26,80	11,03	64,08
	Desvio padrão	5,52	5,43	2,70	12,83
	Min. – Máx.	13-37	12-26	4-16	30-88
	α Cronbach's	0,86	0,89	0,80	0,94

Relativamente à validade dos itens na amostra portuguesa, o cálculo da média das correlações inter-itens, considerado como um indicador da homogeneidade da escala, apresentou médias bastante elevadas. A correlação de cada item com a nota total da escala (indicadora de que quanto mais elevada a correlação, melhor o item discrimina entre os que têm um bom resultado e os que têm pior resultado) apresenta resultados elevados à exceção dos itens 20, 15 e 18 que apresentam as correlações mais baixas, de 0,356; 0,432 e 0,483 respetivamente. Também os valores de alpha de Cronbach se o item extraído (que representam o valor estimado de alpha se o item for retirado do modelo) se revelam elevados, dado que em todos os itens o alpha, se extraído o item, não é superior ao alpha total, à exceção do item 20 (Quadro 2).

Quadro 2 – Confiabilidade do coeficiente alpha de Cronbach's dos itens que constituem a ICAS

	Média da escala se extraído item	Variância da escala se extraído item	Correlação Item-Total	Alpha de Cronbach's se extraído item
Dá instruções claras sobre a gestão das condições de cuidados.	61,4423	145,358	0,737	0,935
Descreve os comportamentos em vez de fazer juízos de valor sobre o doente/família para dar informações.	61,2244	147,840	0,596	0,937
Incentiva o doente/membros da família a expressar sobre as reações aos cuidados e tratamentos.	61,3269	146,480	0,651	0,936
Providencia o encaminhamento do doente, quando necessário.	61,4808	146,277	0,666	0,936
Coloca perguntas específicas para obter pormenores sobre uma potencial área-problema.	61,2949	147,164	0,693	0,935
Revela comportamentos (como contacto visual, toque) quando comunica, se for adequado à situação e aceitável para a cultura de origem da outra pessoa.	60,9744	147,290	0,645	0,936
Pede confirmação das suas próprias perceções.	61,3526	146,978	0,595	0,937
Refere discrepâncias na informação fornecida pelo doente e família durante a entrevista.	61,8397	147,464	0,537	0,938
Pede clarificação.	61,5000	144,394	0,677	0,936
Deteta contradições entre a comunicação verbal e a não-verbal.	61,6987	145,709	0,574	0,937
Convida o doente e família a explorar as discrepâncias na informação.	62,0833	147,703	0,624	0,936
Prepara o doente/família para os procedimentos, explicando o processo e as suas razões antes de os efetuar.	60,9936	148,613	0,624	0,936
Dá feedback indicando observações gerais do processo, do conteúdo e dos sentimentos.	61,4872	147,271	0,640	0,936
Reconhece como importantes as preocupações do doente e da família.	60,8333	148,346	0,663	0,936
Requer consulta de outros profissionais de saúde quando necessário.	61,2179	150,404	0,432	0,939
Identifica necessidades de apoio emocional para o doente/membro da família.	61,2051	146,242	0,703	0,935
Ensina e promove cuidados preventivos de saúde.	61,4808	147,632	0,674	0,936
Explica ao doente/família as diferentes opções de tratamento.	61,7179	149,662	0,483	0,938
Dedica tempo com o doente e membros da família para ouvir as suas preocupações e problemas.	60,9744	145,935	0,741	0,935
Questiona a decisão do doente em não aderir ao tratamento ou interrompê-lo.	61,8526	151,662	0,356	0,941
As expressões faciais interligam-se com o contexto da conversa.	61,0897	146,366	0,684	0,935
Mantém a distância e o espaço adequado à cultura de origem da outra pessoa enquanto fala com o doente/membros da família.	61,1474	148,630	0,672	0,936
Inicia uma conversa com o doente/membro da família que habitualmente está em silêncio.	61,4487	146,972	0,596	0,937

• Confiabilidade Teste-reteste

Para avaliar a estabilidade temporal da ICAS foi feita uma reaplicação quinze dias depois da primeira aplicação em 45 estudantes. Resultados semelhantes foram encontrados em medidas teste-reteste (α de Cronbach=0,932). Foi também calculado o coeficiente de correlação de Pearson entre as duas aplicações, tendo-se encontrado uma correlação elevada e altamente significativa nos valores globais da escala ($r=0,740$; $p=0,000$) e nos valores das dimensões da ICAS: advocacia ($r=0,744$; $p=0,000$), uso terapêutico de si próprio ($r=0,553$; $p=0,000$) e validação ($r=0,775$; $p=0,000$), resultados apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 - Coeficiente de correlação de Pearson em dois tempos (teste-reteste)

Correlação de Pearson		Advocacia depois	Uso terapêutico depois	Validação depois	Total depois
Advocacia	<i>r</i>	0,744(**)	0,715(**)	0,570(**)	0,735(**)
	Sig.	0,000	0,000	0,000	0,000
	n	45	45	45	45
Uso terapêutico	<i>r</i>	0,502(**)	0,553(**)	0,401(**)	0,527(**)
	Sig.	0,000	0,000	0,006	0,000
	n	45	45	45	45
Validação	<i>r</i>	0,737(**)	0,746(**)	0,775(**)	0,791(**)
	Sig.	0,000	0,000	0,000	,000
	n	45	45	45	45
Total	<i>r</i>	0,721(**)	0,732(**)	0,608(**)	0,740(**)
	Sig.	0,000	0,000	0,000	0,000
	n	45	45	45	45

(**) $p < 0,001$

• Validade de conteúdo

A validade de conteúdo garante que o teste mede o construto e é basicamente um julgamento e não um exercício de objetividade. Uma das formas de identificar o julgamento mais adequado é através da análise de vários juízes especialistas no conteúdo do domínio da avaliação. Deste modo se todos os juízes concordarem que tal item avalia tal conteúdo, então isso pode ser aceite como verdadeiro (Ribeiro, 2008).

Assim, a versão portuguesa da ICAS foi analisada por três juízes que consideram a terminologia e o conjunto de itens, pertinentes em função do construto que pretende avaliar e por isso adequada para utilização no nosso contexto social, cultural e científico.

• Validade de construto

Tratando-se de um estudo de validação e não de construção de um novo instrumento, foram aceites a análise fatorial, tipo de rotação e solução fatorial encontradas pelos autores que originalmente construíram o instrumento (Ribeiro, 2008). Assim, dado que a estrutura original da escala é composta por três fatores, a validade de construto da escala na versão portuguesa, obtida através do estudo da dimensionalidade, revelou na análise fatorial uma solução forçada a três componentes. A análise convergiu para uma solução com três fatores que explicam 58,872% da variância total, completada com a análise de componentes principais com rotação de varimax, o que permitiu confirmar globalmente a distribuição dos itens pelos fatores, indicada pelos autores da escala.

Para verificar o grau de suscetibilidade ou o ajuste dos dados à análise fatorial, ou seja a fatorabilidade da escala, efetuaram-se os testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de esfericidade de Bartlett. O valor do índice de KMO=0,910 indicou uma muito boa adequação do método de análise fatorial para o tratamento dos dados e adequação da amostra. O teste de esfericidade de Bartlett, que indica a correlação entre os itens, apresenta valores de $\chi^2=2190,278$ e $p<0,001$, que confirmam a possibilidade de adequação do método de análise fatorial para o tratamento dos dados correlação entre itens (Quadro 4).

Quadro 4 – Testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de esfericidade de Bartlett

Medida de adequação da amostra Kaiser-Meyer-Olkin		0,910
Teste de Esfericidade de Bartlett's	Qui-quadrado	2190,278
	df	253
	Sig.	0,000

• Validade de critério

A validade de critério pretende demonstrar até que ponto existe relação entre os valores obtidos pelo novo instrumento e um outro instrumento, utilizado como medida de critério. O coeficiente de correlação é a única forma de mostrar a correspondência entre as duas escalas (Ferreira & Marques, 1998). Contudo este método apresenta uma limitação importante à avaliação da validade de critério que reside no facto de, para a maioria das medidas usadas nas ciências sociais, não existirem instrumentos de critério significativos e, mesmo quando existem, torna-se difícil provar de forma imparcial a validade da medição de critério (Ferreira & Marques, 1998).

Esta foi também a limitação que encontramos na validação deste instrumento. No entanto, considerando a inexistência de um padrão ótimo para a verificação da validade de critério, esta foi testada utilizando as correlações existentes entre as várias dimensões (Ferreira & Anes, 2010), tendo-se verificado uma associação linear positiva entre todas as dimensões da ICAS, o que garante a validade de critério.

3. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

• **Dos resultados da ICAS – versão portuguesa**

O objetivo deste estudo foi direcionado para a validação da versão portuguesa da ICAS, numa amostra de 156 estudantes, no primeiro ensino clínico do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Considerando a validade de conteúdo, de construto e de critério proposta pelos autores da versão original da ICAS e confirmada pelos juizes da tradução para a versão portuguesa, podemos afirmar de forma genérica que as características psicométricas da versão portuguesa da escala são comparáveis às relatadas originalmente por Klakovich e delaCruz (2006).

A confiabilidade dos resultados obtidos é traduzida nos valores elevados de consistência interna da ICAS total e das suas dimensões: advocacia, uso terapêutico de si próprio e validação e muito boa estabilidade temporal entre a primeira e a segunda aplicação.

Os resultados encontrados permitem considerar a versão portuguesa da ICAS, como um instrumento adequado na avaliação das competências de comunicação interpessoal, em contexto de ensino clínico, dos estudantes de licenciatura em Enfermagem.

• **Da metodologia**

Apesar dos resultados bastantes satisfatórias na amostra utilizada de estudantes do CLE a realizar o primeiro ensino clínico de Enfermagem, enfatizamos a necessidade de futuras investigações aplicando a ICAS na sua versão portuguesa em amostras de estudantes no término da Licenciatura em Enfermagem, ou seja no último ensino clínico e também em amostras de estudantes no início e término do Curso de Mestrado em Enfermagem.

A ampliação do estudo empregando a ICAS em futuras investigações com amostras maiores e mais diversificadas, será promissora no que se refere à possibilidade de diferenciação das competências de comunicação interpessoal em

estudantes de licenciatura e de mestrado em Enfermagem e permitirá aprofundar o trabalho de validação aqui iniciado e que, em bom rigor, nunca está terminado.

CAPÍTULO III – ESTUDO 1: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PESSOAIS, SOCIAIS E RELACIONAIS DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Tendo como propósito explorar e identificar as competências pessoais sociais e relacionais dos estudantes de enfermagem, visamos neste capítulo dar conta dos resultados encontrados utilizando diferentes métodos de investigação subjacentes ao referido processo de exploração, no sentido da sua otimização.

1. METODOLOGIA

Este estudo, com características de estudo descritivo-correlacional e de comparação entre os grupos, pretendeu conhecer o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e relacionais nos estudantes de enfermagem, conseguido até ao momento, e avaliar a possível equivalência entre os grupos, de controlo e experimental, que constituíram a amostra. Simultaneamente, apresenta também características de estudo exploratório-descritivo, com o objetivo de identificar as necessidades manifestadas pelos estudantes na área das competências relacionais.

1.1. Amostra

O Plano de Estudos do 3º e 4º semestre do 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, no ano letivo de 2009/2010, contempla as mesmas Unidades Curriculares, sendo os estudantes divididos pelo ensino teórico e ensino clínico, permutando no semestre seguinte. O número total de estudantes inscritos pela primeira vez no 3º semestre do 2º ano foi de 317. Destes, 166 estudantes realizavam o ensino teórico (turmas A, C e E) e 151 estudantes realizavam o Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem (turmas B, D e F) no próximo semestre.

Assim, partindo da aleatorização na distribuição dos estudantes por turma, a amostra, também aleatória, constituída para este estudo, foi de 104 estudantes (que no 3º semestre frequentavam o ensino teórico numa Escola Superior de Enfermagem. Destes, 42 estudantes (da turma C) constituíram o GC e 62 estudantes (das turmas A e E) o GE.

De facto, o cálculo do tamanho da amostra corrigido, para um erro amostral tolerável de 6%, é de 104 estudantes ($E_s = 0,06$; $n_s = 1/(0,06)^2 = 277$ estudantes; $n = 166 \times 277 / 166 + 277 = 45982 / 166 = 277,006$ estudantes) (Barbetta, 2002).

Na seleção da amostra foram considerados os critérios: inexistência de realização de ensino clínico, colaboração voluntária na investigação e pertencerem ao 2º ano do CLE.

1.2. Procedimento

No sentido de obter colaboradores voluntários para participar no programa de Intervenção “Cuidar-se para Saber Cuidar”, a sua divulgação e apresentação foi feita pessoalmente pelo investigador em sala de aula (final do tempo letivo), após autorização prévia dos professores das respetivas Unidades Curriculares, nas turmas A e E do 2º ano do CLE. Apresentados sumariamente os objetivos, finalidades, pressupostos, organização e duração das sessões que constituíam o programa; os objetivos, âmbito e previsão dos momentos de avaliação que constituíam a investigação; e após esclarecer as dúvidas emergentes, solicitou-se aos estudantes que se voluntariaram, o preenchimento uma Ficha de dados pessoais, com o propósito de facilitar o contacto em caso de eventual necessidade e de posterior elaboração do certificado de participação.

No sentido de constituir o GC, procedimento semelhante foi adotado com os estudantes da turma C do 2º ano do CLE, com exceção da apresentação do programa de Intervenção e do preenchimento da ficha de dados pessoais.

O preenchimento do instrumento de recolha de dados (quantitativo e qualitativo) no GE foi efetuado na Sessão 1 do programa de intervenção e no GC (quantitativo) no início de tempo letivo teórico-prático (com prévia autorização do docente). Importa ainda referir que em ambos os grupos, os instrumentos de recolha de dados foram aplicados na mesma semana letiva, em outubro de 2009.

Salientamos ainda que na primeira sessão foi solicitada a assinatura de contrato/compromisso de participação no programa, que é simultaneamente uma declaração de consentimento informado.

1.3. Instrumentos de recolha de dados

Neste estudo, o instrumento de recolha de dados, de natureza quantitativa, aplicado aos elementos de ambos os grupos, foi constituído por:

- Nota introdutória – que inclui o âmbito e objetivo do estudo, instruções de preenchimento, garantia de confidencialidade, entre outros;

- Questionário Sociodemográfico e do Curso de Enfermagem – QSDCE;
- Escala de Alexitimia de Toronto – TAS-20 (Veríssimo, 2001b);
- Escala de Assertividade de Rathus – RAS (Detry & Castro, 1996);
- Inventário Clínico de Autoconceito – ICAC (Vaz-Serra, 1986a).

Foi também utilizado neste estudo a Ficha de avaliação de necessidades relacionais, instrumento de natureza qualitativa.

Relembramos que a descrição destes instrumentos foi efetuada no ponto referente aos instrumentos de recolha de dados do Capítulo I – Metodologia.

De salientar que neste momento de avaliação, os elementos do GE responderam também a outro instrumento de natureza qualitativa, Ficha de avaliação inicial e expectativas do programa, contudo os resultados daí advindos serão apresentados no próximo capítulo, relativo à conceção, implementação e avaliação do programa de intervenção.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A diferente natureza dos instrumentos e os diversos métodos de tratamento de dados e análise dos resultados foram determinantes na seleção da forma de apresentação e organização dos resultados. Deste modo apresentaremos primeiramente os resultados referentes ao instrumento quantitativo e posteriormente os resultados obtidos através do instrumento qualitativo utilizados neste Estudo.

2.1. Caracterização e competências pessoais e sociais

A amostra deste estudo é composta por 104 estudantes que frequentam, no ano letivo de 2009/2010, o ensino teórico do 3º semestre do 2º ano do CLE, dos quais constituem o GC 42 participantes e o GE 62 participantes. Verificamos que em ambos os grupos os elementos são maioritariamente do género feminino (92,9% no GC, 90,3% no GE, totalizando 91,3%), sendo apenas 8,7% do género masculino (Quadro 5).

Quanto ao estado civil, apenas 1 elemento do GE é casado (1,6%), sendo os restantes do GE (98,4%) e a totalidade do GC solteiros (100,0%), o que representa 99,0% de elementos solteiros na amostra (Quadro 5).

Relativamente à idade, a análise do Quadro 5 mostra que a amostra se concentra essencialmente entre os 19 e os 20 anos (86,5%), variando o mínimo e o máximo entre 18 e 20 anos no GC e entre 18 e 35 anos no GE, sobressaindo que neste último grupo 61 participantes têm entre 18 e 22 anos e apenas 1

participante tem 35 anos. A média de idades foi de 19,19 anos e o desvio padrão de 0,505 no GC e, respetivamente, de 19,55 anos e 2,163 no GE.

A análise inferencial (Quadro 5) revela que as variáveis sociodemográficas: género ($\chi^2=0,203$; $p=0,652$), estado civil ($\chi^2=0,684$; $p=0,408$) e idade ($t=-1,052$; $p=0,295$) não se mostram significativamente diferentes entre os dois grupos.

Quadro 5 – Características sociodemográficas da amostra e resultados da aplicação dos testes *t* para amostras independentes e Qui-quadrado entre o grupo de controlo e o grupo experimental

Variáveis	Grupo				Total			p
	Controlo		Experimental					
	n	%	n	%	n	%		
Género							χ² = 0,203	0,652
Masculino	3	7,1	6	9,7	9	8,7		
Feminino	39	92,9	56	90,3	95	91,3		
Total	42	100,0	62	100,0	104	100,0		
Estado Civil							χ² = 0,684	0,408
Solteiro	42	100,0	61	98,4	103	99,0		
Casado	0	0,0	1	1,6	1	1,0		
Total	42	100,0	62	100,0	104	100,0		
Idade							t = -1,052	0,295
18	2	4,8	6	9,7	8	7,7		
19	30	71,4	38	61,3	68	65,3		
20	10	23,8	12	19,4	22	21,2		
21	0	0,0	3	4,8	3	2,9		
22	0	0,0	2	3,2	2	1,9		
35	0	0,0	1	1,6	1	1,0		
Total	42	100,0	62	100,0	104	100,0		
	Média: 19,19; Dp: 0,505		Média: 19,55; Dp: 2,163		Média: 19,40; Dp: 1,704			

Verificamos, através do Quadro 6, que 50% dos inquiridos tem naturalidade no distrito de Coimbra (52,4% no GC e 47,3% no GE) e que os distritos mais representados em ambos os grupos são os de Braga (19,5% no GC e 5,5% no GE), Aveiro (9,8% no GC e 5,5% no GE) e Viseu (7,3% no GC e 3,6% no GE). Contudo o GE apresenta uma maior diversidade na proveniência dos seus elementos, incluindo-se os distritos de Leiria (10,9%), Lisboa (7,3%), Santarém (3,6%) e Funchal (3,6%). Salientamos ainda que (7,3%) dos inquiridos provêm do estrangeiro (4,9% no GC e 9,0% no GE). Gostaríamos ainda de referir que não responderam 1 elemento do GC e 7 elementos do GE.

Dos resultados relativos à naturalidade ($\chi^2=18,296$; $p=0,107$) pode inferir-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre o GC e o GE.

Quadro 6 – Características sociodemográficas da amostra e resultados da aplicação do teste de Qui-quadrado entre o grupo de controlo e o grupo experimental

Variáveis	Grupo				Total		χ^2	p
	Controlo		Experimental					
	n	%	n	%	n	%		
Naturalidade								
Coimbra	22	52,4	26	47,3	48	50,0	18,296	0,107
Aveiro	4	9,8	3	5,5	7	7,3		
Viseu	3	7,3	2	3,6	5	5,2		
Braga	8	19,5	3	5,5	11	11,5		
Castelo Branco	1	2,4	1	1,8	2	2,0		
Guarda	1	2,4	1	1,8	2	2,0		
Lisboa	0	0,0	4	7,3	4	4,2		
Santarém	0	0,0	2	3,6	2	2,1		
Leiria	0	0,0	6	10,9	6	6,3		
Funchal	0	0,0	2	3,6	2	2,1		
França	0	0,0	2	3,6	2	2,1		
África do Sul	0	0,0	1	1,8	1	1,0		
Suíça	2	4,9	2	3,6	4	4,2		
Total	41	100,0	55	100,0	96	100,0		

Na organização dos dados relativos às variáveis profissão do pai e da mãe foi utilizada a Classificação Portuguesa das Profissões de 2010 (CPP/2010), instrumento desenvolvido pelo Conselho Superior de Estatística (Deliberação n.º 967/2010), à qual foram acrescentados os itens desempregado, reformado e estudante, que, embora não sejam relativos a profissões, foram as respostas dadas por alguns elementos e que decidimos manter.

Assim ao analisar o Quadro 7, constamos que a profissão dos pais dos estudantes da amostra mais referida é: trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (19,9%), representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos (19,8%) e pessoal administrativo (19,8%). Já relativamente à profissão das mães, as mais referidas são: trabalhadores não qualificados (25,6%), pessoal administrativo (22,1%) e trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (18,6%).

No que concerne à situação profissional do pai e da mãe (Quadro 7), verificamos que a maioria dos pais dos estudantes é trabalhador por conta de outrem (64,7 e 63,3% respetivamente), seguido de trabalhador por conta própria em 26,5% dos pais e 19,4% das mães. Salientamos ainda que a situação de desempregado é mais elevada nas mães (11,2%) do que nos pais (3,9%).

Relativamente à escolaridade dos pais, o Quadro 7 evidencia que tanto os pais como as mães possuem mais frequentemente o 3º Ciclo do Ensino Básico (29,4% e 35,0%), seguido do 1º Ciclo do Ensino Básico (27,5% e 25,2%). Importa

ainda realçar a baixa percentagem de formação académica ao nível do bacharelato, licenciatura, mestrado e doutoramento dos pais dos estudantes da nossa amostra, equivalente a 5,9% nos pais e a 12,7% nas mães.

Deste modo, após a utilização da estatística inferencial é possível apurar que as variáveis sociodemográficas: profissão do pai ($\chi^2=10,224$; $p=0,510$) e da mãe ($\chi^2=10,132$; $p=0,340$), situação profissional do pai ($\chi^2=0,337$; $p=0,953$) e da mãe ($\chi^2=4,241$; $p=0,237$) e escolaridade do pai ($\chi^2=7,738$; $p=0,258$) e da mãe ($\chi^2=6,100$; $p=0,412$), não revelam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos da amostra (Quadro 7).

[illegible]

Quando inquiridos sobre o acesso ao Ensino Superior (Quadro 8), cerca de 80% dos elementos da amostra (85,7% no GC e 75,4% no GE) referem que a escolha do Curso de Enfermagem correspondeu à sua primeira opção. Enquanto os elementos do GE escolheram também o CLE em segunda (8,8%), terceira (8,8%), quinta (5,3%) ou sexta opção (1,8%), os elementos do GC dispersam-se apenas pela segunda (9,5%) e quinta opção (4,8%).

Ainda relativamente à nota de acesso ao Ensino Superior, constatamos pela análise do Quadro 8, que o mínimo e o máximo variou entre 12,75 e 17,70 valores no GC e os 13,30 e os 18,10 valores no GE, sendo a média de 15,49 e o desvio padrão de 1,368 no GC e respetivamente de 15,63 e de 1,143 no GE. Os resultados expostos mostram que apesar da nota mínima e máxima obtida, e da média de classificações dos elementos do GE serem ligeiramente superiores às do GC, não traduzem discrepâncias significativas entre os grupos, pelo que a média da amostra é de 15,57, o que não é muito díspar dos valores apresentados pelos grupos isoladamente.

Assim, verificamos que as pequenas diferenças relatadas anteriormente acerca da estatística descritiva das variáveis escolha do Curso de Enfermagem ($t=-1,258$; $p=0,211$) e nota de acesso ao Ensino Superior ($t=-0,556$; $p=0,579$), não revelam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos estudados quando aplicados os testes de inferência (Quadro 8).

Quadro 8 – Características da amostra e resultados da aplicação do teste t para amostras independentes entre o grupo de controlo e o grupo experimental

Variáveis	Grupo				Total		t	p
	Controlo		Experimental					
	n	%	n	%	n	%		
Opção do curso de enfermagem							-1,258	0,211
1ª opção	36	85,7	43	75,4	79	79,7		
2ª opção	4	9,5	5	8,8	9	9,1		
3ª opção	0	0,0	5	8,8	5	5,1		
4ª opção	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
5ª opção	2	4,8	3	5,3	5	5,1		
6ª opção	0	0,0	1	1,8	1	1,0		
Total	42	100,0	57(*)	100,0	99	100,0		
	Média: 1,28; Dp: 0,891		Média: 1,56; Dp: 1,195		Média: 1,44; Dp: 1,080			
Nota acesso ensino superior	42	100,0	58	100,0	100	100,0	-0,556	0,579
	Média: 15,49; Dp: 1,368 Min.: 12,75; Máx.: 17,70		Média: 15,63; Dp: 1,143 Min.: 13,30; Máx.: 18,10		Média: 15,57; Dp: 1,238 Min.: 12,75; Máx.: 18,10			

(*) Os restantes 5 elementos foram admitidos por transferência de curso (4) e pelo concurso especial para pessoas com idade \geq 23 anos (1).

Quando questionados sobre o seu percurso académico no 1º ano do CLE, 76% dos estudantes da nossa amostra não têm qualquer unidade curricular em

atraso, situação que se reporta apenas a 24,0% dos estudantes repartidos de modo semelhante pelos dois grupos (Quadro 9).

No entanto, dos elementos que têm unidades curriculares em atraso quando inquiridos sobre o seu número (Quadro 9), verificamos que no GC os estudantes têm mais frequentemente duas unidades curriculares em atraso (69,20%), seguidas de uma unidade (15,4%), enquanto no GE têm mais frequentemente uma (83,3%), o que evidenciou a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre o GC e o GE ($U=34,000$; $p=0,009$).

Já relativamente à média de classificações do 1º ano do CLE, podemos verificar no Quadro 9, que o mínimo e o máximo no GC foi de 11,00 e 15,50 e no GE foi de 10,00 e 16,60, revelando uma maior amplitude neste último. Contudo a média obtida por cada grupo foi de 13,31 no GC e de 13,47 no GE traduzindo uma média da amostra global de 13,39 valores.

Deste modo, na análise do quadro 9, constata-se que os grupos não são significativamente diferentes quanto a possuir unidades curriculares em atraso ($\chi^2=1,844$; $p=0,174$) e à média de classificações obtidas no 1º ano do CLE ($t=-0,640$; $p=0,524$).

Quadro 9 – Características da amostra e resultados da aplicação dos testes de Qui-quadrado, Mann-Whitney U e t para amostras independentes entre o grupo de controlo e o grupo experimental

Variáveis (**)	Grupo				Total			p
	Controlo		Experimental					
	n	%	n	%	n	%		
Unidades Curriculares em atraso							$\chi^2 = 1,844$	0,174
Sim	13	31,0	12	19,4	25	24,0		
Não	29	69,0	50	80,6	79	76,0		
Total	42	100,0	62	100,0	104	100,0		
Número de Unidades Curriculares em atraso							$U = 34,000$	0,009*
1	2	15,4	10	83,3	12	48,0		
2	9	69,2	0	0,0	9	36,0		
3	1	7,7	1	8,3	2	8,0		
4	1	7,7	1	8,3	2	8,0		
Total	13	100,0	12	100,0	25	100,0		
Média de classificações do 1º ano	39	100,0	39	100,0	78	100,0	t = -0,640	0,524
	Média: 13,31; Dp: 1,062 Min.: 11,00; Máx.: 15,50		Média: 13,47; Dp: 1,180 Min.: 10,00; Máx.: 16,60		Média: 13,39; Dp: 1,119 Min.: 10,00; Máx.: 16,60			

(*) $p < 0,05$

(**) Não foram encontrados estudantes com Estatuto de trabalhador-estudante nos grupos.

O Quadro 10 mostra que apesar do GC apresentar médias superiores no autoconceito (total – incluídos todos os itens) e nas dimensões aceitação social,

autoeficácia e maturidade psicológica (com exceção da impulsividade que é superior no GE), não se traduz em diferenças significativas entre os dois grupos da amostra.

Quadro 10 – Resultados da aplicação do teste t para amostras independentes relativo ao autoconceito e suas dimensões no grupo de controlo e no grupo experimental no 1º momento de avaliação

ICAC e dimensões	Grupo	n	Média	Dp	t	p
F1 – Aceitação social	Controlo	42	18,023	2,454	0,486	0,628
	Experimental	62	17,790	2,368		
F2 – Autoeficácia	Controlo	42	21,833	2,603	0,242	0,810
	Experimental	62	21,709	2,531		
F3 – Maturidade psicológica	Controlo	42	15,047	1,937	0,340	0,735
	Experimental	62	14,919	1,858		
F4 – Impulsividade	Controlo	42	11,166	1,560	-0,848	0,399
	Experimental	62	11,419	1,443		
ICAC – Total	Controlo	42	74,119	7,516	0,361	0,719
	Experimental	62	73,629	6,249		

Os resultados sobre a assertividade emergem do Quadro 11 e indicam que os grupos de controlo e experimental não apresentam diferenças significativas entre os seus participantes antes da intervenção.

Quadro 11 – Resultados da aplicação do teste t para amostras independentes relativo à assertividade no grupo de controlo e no grupo experimental no 1º momento de avaliação

RAS	Grupo	n	Média	Dp	t	p
Assertividade	Controlo	42	3,928	19,700	1,592	0,114
	Experimental	62	-2,290	19,440		

Contudo, a utilização da RAS possibilita a categorização dos indivíduos em assertivos e não assertivos, pelo que na análise do Quadro 12 verificamos que 76% dos elementos da amostra são assertivos, com contributo semelhante de ambos os grupos. Os indivíduos não assertivos representam 24% da amostra (23,8% no GC e 24,2% no GE). O GE detém não só o maior número de indivíduos assertivos, mas também o maior número de indivíduos não assertivos. Todavia os resultados apresentados não indicam diferenças estatisticamente significativas entre o GE e o GC.

Quadro 12 – Resultados da aplicação do teste de Qui-quadrado relativo à categorização da assertividade no grupo de controlo e no grupo experimental no 1º momento de avaliação

RAS (categorias)	Grupo				Total		χ^2	p
	Controlo		Experimental					
	n	%	n	%	n	%		
Assertivo	32	76,2	47	75,8	79	76,0	0,002	0,964
Não assertivo	10	23,8	15	24,2	25	24,0		
Total	42	100,0	62	100,0	104	100,0		

A análise do Quadro 13 permite constatar que os participantes do GE apresentam médias superiores relativamente à alexitimia (incluídos todos os itens) e em todas as suas dimensões: dificuldade em identificar sentimentos, dificuldade em descrever sentimentos e pensamento orientado externamente. Correspondem deste modo a maiores índices de características alexitímicas, mas que não expressam a existência de diferenças estatisticamente significativa entre o GE e o GC.

Quadro 13 – Resultados da aplicação do teste t para amostras independentes relativo à alexitimia e suas dimensões no grupo de controlo e no grupo experimental no 1º momento de avaliação

TAS-20 e dimensões	Grupo	n	Média	Dp	t	p
F1 – Dificuldade em identificar sentimentos	Controlo	42	17,785	5,247	-1,738	0,085
	Experimental	62	19,677	5,574		
F2 – Dificuldade em descrever sentimentos	Controlo	42	14,047	3,837	-0,674	0,502
	Experimental	62	14,612	4,425		
F3 – Pensamento orientado externamente	Controlo	42	18,357	4,101	-0,968	0,335
	Experimental	62	19,145	4,056		
TAS-20 – Total	Controlo	42	50,190	10,881	-1,511	0,134
	Experimental	62	53,435	10,651		

A utilização da TAS-20 possibilita também a categorização dos indivíduos claramente sem alexitimia, com alexitimia moderada e claramente com alexitimia. Assim, os resultados apresentados no Quadro 14 indicam que 44,2% dos participantes não têm alexitimia, sendo o GE que apresenta valores mais elevados de indivíduos com alexitimia (33,9%), que poderá ser de 58,1% se somarmos os indivíduos com alexitimia moderada. O GC apresenta um valor 19,1% de indivíduos com alexitimia que somando com os indivíduos com alexitimia moderada será de 52,4% e, simultaneamente, apresenta o valor mais baixo de indivíduos sem alexitimia. Assim, a amostra em estudo apresenta cerca de 56% de indivíduos com características alexitímicas.

Apesar dos aspetos mencionados, os resultados do Quadro 14 mostram que os grupos de controlo e experimental não são, a nível inferencial,

significativamente diferentes no que se refere aos participantes claramente sem alexitimia, com alexitimia moderada e claramente com alexitimia.

Quadro 14 – Resultados da aplicação do teste de Qui-quadrado relativo à categorização da alexitimia no grupo de controlo e no grupo experimental no 1º momento de avaliação

TAS-20 (categorias)	Grupo				Total		χ^2	<i>p</i>
	Controlo		Experimental					
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Sem alexitimia	20	47,6	26	41,9	46	44,2	2,906	0,234
Alexitimia moderada	14	33,3	15	24,2	29	27,9		
Com alexitimia	8	19,1	21	33,9	29	27,9		
Total	42	100,0	62	100,0	104	100,0		

A análise dos resultados apresentados anteriormente, com exceção do número de Unidades Curriculares em atraso, permite-nos confirmar a hipótese H1 – Não há diferença entre o GC e o GE no pré-teste relativamente às variáveis de caracterização: sociodemográfica (género, idade, naturalidade, estado civil, escolaridade dos pais, profissão e situação profissional dos pais); da escolha, ingresso e frequência do CLE (opção do Curso de Enfermagem, nota de acesso ao Ensino Superior, existência de unidades curriculares em atraso e média de classificações do 1º ano); psicológica (autoconceito, alexitimia) e da competência social (assertividade).

2.2. Competências relacionais

Ainda na primeira sessão do programa de intervenção, os estudantes que constituíram o GE, preencheram a Ficha de avaliação de necessidades relacionais. Dos dados obtidos foi efetuada a análise de conteúdo, cujos resultados são apresentados nas tabelas seguintes.

Quando inquiridos os estudantes sobre as competências que na sua opinião são essenciais para a qualidade do Cuidar em Enfermagem, foram obtidas 188 unidades de enumeração que foram organizadas em duas categorias: competência profissional e competência pessoal e social, sendo a primeira disposta em subcategorias e indicadores.

Numa análise geral dos resultados expostos na Tabela 1, constatamos que os estudantes consideram competências essenciais para a qualidade dos cuidados, em primeiro lugar as técnicas e procedimentos (18,62%), em segundo lugar a relação de ajuda (18,08%), em terceiro lugar a competência pessoal e social (15,43%) e só depois o conhecimento científico (11,70%).

Na análise de pormenor verificamos que a competência profissional foi organizada pelas subcategorias Saber, Saber fazer e Saber fazer relacional. Que relativamente ao Saber, onde se inclui o conhecimento científico e a ética, constatamos que 11,7% das unidades de enumeração são referentes ao conhecimento científico e 5,85% aos aspetos éticos. O Saber fazer refere-se em 18,62% a técnicas e procedimentos e em 6,38% à satisfação das necessidades da pessoa. Já o Saber fazer relacional refere-se essencialmente à relação de ajuda em 18,08%, aos princípios humanistas em 11,17% e à comunicação em 9,04% (Tabela 1). Quanto à competência pessoal e social onde se incluem aspetos respeitantes à assertividade, autoestima, capacidade de adaptação, entre outros, esta representa 15,43% do total das unidades de enumeração.

Tabela 1 – Categorias, subcategorias, indicadores e unidades de registo e enumeração acerca da opinião dos estudantes sobre as competências essenciais para a qualidade do Cuidar em Enfermagem (n=62)

Categorias	Subcate- gorias	Indicadores	Unidades de registo	Unidades de enumeração	
				n	%
Competência profissional	Saber	Conhecimento científico	"...aspetos ... científicos..." (P12) "É necessário possuir conteúdos teóricos ..." (P14) "...a componente teórica, a base de conhecimentos teóricos que sustentam a prática." (P61)	22	11,70
		Ética	"...responsabilidade..." (P1) "Haver responsabilidade no cuidado prestado." (P17) "Sigilo profissional." (P47)	11	5,85
	Saber fazer	Técnicas e procedimentos	"Técnica bem executada." (P3) (P4) "Competências e natureza técnica: saber fazer/executar bem os procedimentos dos cuidados de enfermagem..." (P6) "...possuir técnicas e perícia no desenvolvimento das suas práticas." (P18)	35	18,62
		Satisfação das necessidades da pessoa	"...saber como satisfazer as necessidades do utente aumentando-lhe o conforto e qualidade de vida." (P6) "...há sempre que satisfazer a necessidade do doente..." (P7) "...manutenção do bem-estar da pessoa." (P12) "Responder às necessidades dos utentes" (P37)	12	6,38
	Saber fazer relacional	Relação de ajuda	"No meu ver a qualidade de Enfermagem reside não só na técnica de execução mas também e não menos importante a empatia que se vem a estabelecer a quando da técnica." (P25) "...as competências relacionais: respeito, empatia, compreensão, ..., disponibilidade. (...) são as competências relacionais que mais influenciam o bem-estar psicológico e físico do utente. (P52) "...é produzir cuidados de enfermagem de excelência, cruzando empatia, observação, escuta, relação de ajuda." (P55)	34	18,08
		Princípios humanistas	"Ter em atenção ao facto de que os cuidados de enfermagem são realizados a um ser humano e que a pessoa tem de ser tratada como tal. Os cuidados de enfermagem têm que ser dirigidos à pessoa a não à doença..." (P8) "...o cuidado de enfermagem ter de possuir também uma parte humana, ou seja, não ver um indivíduo como um ser único, não apenas olhar para o indivíduo na sua doença mas também para o seu lado emocional." (P35) "...a visão holística da pessoa humana nas suas componentes física, mental e emocional..." (P38)	21	11,17
		Comunicação	"É importante a competência de saber comunicar (ter em atenção todos os tipos de comunicação) ..." (P1) "Boa comunicação." (P17) "Ter boas estratégias de comunicação para comunicar com pessoas normais, com deficiências e crianças. (P53)	17	9,04
		Informar o utente	"...ao nível da informação fornecida ao paciente/cliente de modo a este estar plenamente informado." (P5) "Revelar esforço no ensino ao doente e saber mais sobre o doente, de modo a apoiá-lo da melhor forma." (P14)	4	2,13
Competência pessoal e social		Trabalhar em equipa	"Trabalhar em equipa/cooperação com restantes profissionais de saúde..." (P6) "Espírito de equipa, para poder haver uma saudável troca de ideias entre colegas." (P58)	3	1,60
			"...deve ser assertivo..." (P15) "...uma "mente aberta" que lhe possibilite a adaptação..." (P21) "Mostra-se confiante sobre os seus conhecimentos." (P34) "...tolerância..." (P42) "...ser assertivo..." (P60)	29	15,43
Total				188	100

A Tabela 2 mostra os resultados da análise de 318 unidades de enumeração manifestadas pelos estudantes, sendo sua opinião que são características pessoais facilitadoras da competência de um enfermeiro, especialmente a competência comunicacional (12,89%), seguida da simpatia (8,81%), da tolerância (6,92%), do profissionalismo (6,60%) e da autoestima/autoconfiança (5,66%).

Tabela 2 – Categorias, subcategorias e unidades de registo e enumeração sobre as características pessoais que os estudantes consideram facilitadoras da competência de um enfermeiro (n=62)

Categorias	Unidades de registo	Unidades de enumeração	
		n	%
Comunicação	"Bom comunicador..." (P4) "...conseguir comunicar facilmente..." (P27) "Capacidade de adequar a linguagem à pessoa em questão" (P50) "Observador" (P19) (P20)	41	12,89
Simpatia	"Simpatia" (P3) (P4) (P5)	28	8,81
Tolerância	"Paciência" (P3) (P33) "Tolerante" (P36) (P41)	22	6,92
Organizado/rigoroso/ profissional	"Deve ser uma pessoa organizada" (P24) "Rigoroso" (P8) "Disciplinado" (P37) "Trabalhador" (P23) (P31) "Competente" (P8)	21	6,60
Meigo, carinhoso, bondoso, atencioso	"Atencioso" (P10) (P56) (P60) "Meigo" (P1) (P22) "Carinhoso" (P2) "Bondoso" (P13)	19	5,97
Autoestima/ autoconfiança/ segurança	"Confiança e segurança em si próprio" (P8) "Deve estar bem consigo próprio" (P19) "Enquanto enfermeiro este deve...adaptar-se a diferentes situações" (P21) "...ter uma boa autoestima; ser seguro e confiante" (P27) "Capacidade de lidar com situações estranhas" (P35)	18	5,66
Compreensão	"Compreensão" (P18) "Capacidade de compreender o outro" (P52)	17	5,35
Responsabilidade	"O ser responsável..." (P1) "...responsabilidade..." (P17)	16	5,03
Saber ouvir	"...saber ouvir ..." (P14) "...ter capacidade para ouvir os outros e ajudá-los da melhor forma." (P21) "Capacidade de ouvir os outros" (P36)	16	5,03
Humano	"Humano" (P3) (P8) "Sensibilidade" (P25) (P36)	15	4,72
Assertividade	"Assertividade" (P45) (P59) "Altruísmo" (P29)	15	4,72
Bem-disposto /humor Extrovertido	"Boa disposição" (P4) (P29) "Com bom sentido de humor" (P22) "Ser extrovertido" (P5)	14	4,40
Prestável/disponível	"Disponibilidade" (P17) "Prestável" (P31)	14	4,40
Conhecimento/gostar de aprender	"Conhecimentos" (P4) "...que saiba minimamente bem os conteúdos teóricos." (P15) "...que saiba exatamente o que está a fazer" (P24) "vontade de aprender" (P14)	14	4,40
Empatia	"Empatia para como outro" (P13) "...estabelecer uma boa relação de empatia" (P15)	11	3,46
Honesto/verdadeiro/ sincero	"Honesto" (P10) "Sinceridade" (P32) "Verdadeiro" (P40)	9	2,83
Amizade	"Ser amigo" (P62) (P30)	7	2,20
Perfeccionismo	"Perfeccionista" (P7) (P2) "Deve ...querer ser perfeito" (P14)	5	1,57
Empenho	"Interessado" (P2) "Empenhado" (P3) "...deve ser um profissional dedicado." (P18)	5	1,57
Apresentação	"Ter um bom aspeto físico" (P39) "Ter boa aparência" (P47)	4	1,26
Motivação	"Gostar daquilo que faz." (P2) (P3)	4	1,26
Respeito	"Respeito" (P13)	3	0,94
Total		318	100

Os estudantes do GE foram também questionados sobre quais as competências profissionais que o Curso os deveria habilitar, foram encontradas 220 unidades de enumeração, organizadas em duas categorias (competência profissional e competência pessoal e social) conforme se apresenta na Tabela 3. Os resultados revelam, numa análise global, que é sua opinião que o Curso os deveria habilitar para a execução de técnicas e procedimentos (21,36%), deveria proporcionar o desenvolvimento da competência pessoal e social (16,82%), deveria habilitar para a execução da relação de ajuda (15,91%), desenvolver as competências comunicacionais (15,00%) e a aquisição de conhecimento científico (12,27%).

Importa salientar que estes resultados relativos à opinião sobre as competências profissionais a que o Curso os deveria habilitar, se mostram relacionados com a opinião dos estudantes acerca das competências essenciais para a qualidade dos cuidados em enfermagem apresentados anteriormente na Tabela 1.

Tabela 3 – Categorias, subcategorias, indicadores e unidades de registo e enumeração acerca da opinião dos estudantes sobre as competências profissionais que o Curso deveria habilitar (n=62)

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo	Unidades de enumeração	
				n	%
Competência científica	Conhecimento científico		“...conteúdos teóricos bem consolidados.” (P15) “Competências científicas.” (P16) “Conhecimentos teóricos...” (P19) “Para desenvolver bases teóricas sobre todos os assuntos relacionados com o cuidado de enfermagem.” (P61)	27	12,27
	Ética		“...nunca desgrudar das nossas responsabilidades” (P1) “Competências científicas, no que diz respeito ao respeito pelas crenças, culturas, valores éticos, estado socioeconómico.” (P7) “Compreender normas éticas e deontológicas, bem como saber pô-las em prática.” (P13)	17	7,73
Competência prestação e gestão de cuidados	Saber fazer	Técnicas e procedimentos	“...deveria fornecer mais horas de contacto com os laboratórios para aperfeiçoar técnicas.” (P5) “...habilitar a realizar todos os procedimentos e técnicas necessárias...” (P8) “...executoras (procedimentos de enfermagem) ...” (P10) “...para administrar medicação, prestar cuidados de higiene ... a desconfiar quando há algo errado, a monitorizar os sinais vitais.” (P53) “Deveria nos habilitar para qualquer tipo de situação de emergência...” (P58)	47	21,36
		Satisfação das necessidades da pessoa	“Para assistir a pessoa nas suas necessidades.” (P20) “...para saber cuidar do outro, ajudar o outro no alcance das suas competências funcionais totais...” (P38) “Atender às necessidades das pessoas.” (P40) “Competências que permitam proporcionar higiene e conforto ao utente.” (P60)	11	5,00
	Saber fazer relacional	Relação de ajuda	“O Curso deveria também inserir a competência relacional/ comunicacional pois o curso “preocupa-se” e habilita mais para as competências do saber e saber fazer.” (P6) “Competências relacionais.” (P16) (P26) “Saber compreender o outro de forma aprofundada.” (P22) “Aprender a ouvir os outros” (P32) “...saber estabelecer uma boa relação de ajuda com o utente...” (P52)	35	15,91
		Comunicação	“...deveria habilitar de forma mais eficaz a comunicação de forma a que em meio de trabalho (posteriormente) facilite o diálogo enfermeiro-doente...” (P5) “...outras competências que ... ao longo do Curso poderiam ser aprofundadas, como a comunicação e outras.” (P8) “Competências comunicacionais” (P16) (P19) “Relacionamento com o utente.” (P9)	33	15,00
		Informar o utente	“Saber ensinar.” (P32) “...habilitada a fazer ensino às comunidades na promoção da sua saúde e educação de hábitos comportamentais saudáveis.” (P38) “Competências educacionais, de ensino e educação em saúde para transmitir conhecimentos adquiridos aos outros.” (P61)	9	4,09
		Trabalhar em equipa	“Relação ... enfermeiro/outras profissionais de saúde” (P14) “Trabalho em equipa” (P36) “...a ter em conta que é uma profissão interligada com outra...” (P53)	4	1,82
Competência pessoal e social			“Assertividade.” (P2) (P4) “...saber agir assertivamente perante diversas situações.” (P44) “Controlar as emoções “na área” pois estabelecemos uma relação com os utentes e muitas vezes “entramos” na pele deles ou de familiares e amigos próximos, ou quando não conseguimos estabelecer uma fronteira que separe as emoções de casa para a enfermaria.” (P6) “Competências sociais” (P12)	37	16,82
Total				220	100

Na Tabela 4 é apresentado o resultado da análise das unidades de enumeração manifestadas pelo GE ($n=62$) acerca das características e das competências pessoais que os estudantes necessitam de dar atenção especial, de modificar, para ser um bom enfermeiro. Foram encontradas 172 unidades de enumeração, que revelam que as principais características a modificar são as competências comunicacionais (29,07%), a autoestima (15,12%), incluindo-se os aspectos correlacionados da autoconfiança e da segurança. Também a competência pessoal e social, assertividade (13,37%), mereceu especial destaque pelos estudantes.

Unidades de enumeração relativas ao desenvolvimento do profissionalismo (8,14%), da compreensão (5,81%), do saber ouvir (5,23%) e da competência emocional (5,23%) foram também expressas igualmente pelos participantes. Ainda com menor representatividade surgem a tolerância, a ansiedade, o respeito pelo outro ou o trabalho em equipa.

Tabela 4 – Categorias e unidades de registo e enumeração sobre as características e as competências pessoais que os estudantes necessitam dar atenção especial para ser um bom enfermeiro (n=62)

Categorias	Unidades de registo	Unidades de enumeração	
		n	%
Competências comunicativas	“Saber escolher o melhor modo de transmitir alguma informação aos doentes por forma a não ferir suscetibilidades.” (P2) “Necessito de melhorar a comunicação, em especial com pessoas que não conheço.” (P5) “...em algumas situações, não sei o que dizer em contexto clínico isso é algo que também terei que trabalhar para comunicar com os utentes em situações mais difíceis.” (P8) “Eu acho que tenho de melhorar e muito o meu aspeto da comunicação...” (P18) “Ser mais observadora.” (P25)	50	29,07
Autoestima/ autoconfiança/ segurança	“Ter mais confiança no meu desempenho.” (P4) (P6) “Também ter um pouco mais de autoestima, porque o facto de pensar negativo pode influenciar na minha competência.” (P7) “A insegurança” (P38) “...também tenho, demasiada timidez, e acho que isso muitas vezes não “joga” muito a meu favor.” (P18) “...perder mais a vergonha...” (P10)	26	15,12
Assertividade	“Assertividade” (P3) (P4) “Também a ser mais assertiva dizer não a certas situações” (P15) “Saber impor-me; saber dizer não”(P36) “Preciso de trabalhar a parte da teimosia, sou orgulhosa e penso que também me pode prejudicar esta característica. (P8) “Saber responder a determinadas situações mais corretamente e não tão diretamente.” (P14)	23	13,37
Profissionalismo	“Profissionalismo” (P22) “Ser um...bom profissional” (P31) “Responsabilidade” (P1) (P21) “Sentido de responsabilidade” (P36)	14	8,14
Compreensão	“Tentar compreender o utente” (P9) “Ser sensível ao sofrimento dos outros” (P51) “Compreensão” (P30)	10	5,81
Saber ouvir	“Escutar os outros” (P6) “Saber ouvir...” (P14) “Bom ouvinte.” (P30)	9	5,23
Competência emocional	“Saber controlar as emoções perante os utentes” (P4) “Como evitar emocionar-me.” (P16) “Gestão de emoções” (P26) “...gerir as emoções, ser um pouco impulsiva no que toca às emoções.” (P28)	9	5,23
Tolerância	“Aprender a ser mais tolerante com os outros, especialmente quando os outros não têm todas as capacidade ou conhecimentos para enfrentar os seus problemas.” (P21) “Conseguir ser mais tolerante com os outros.” (P35) “Necessito de dar especial atenção à minha falta de paciência” (P42)	8	4,66
Ansiedade	“...perder o nervosismo em algumas situações.” (P10) “Necessitava de ser menos ansiosa, nervosa...” (P15)	6	3,49
Simpatia	“Simpatia” (P24)	4	2,33
Pensamento crítico	“Desenvolver maior espírito crítico.” (P14) “Pensamento crítico” (P24)	4	2,33
Gostar de ajudar os outros	“Ter vontade...de ajudar os outros” (P2) “Ter espírito de ajuda...” (P13)	3	1,74
Respeito	“Respeito” (P36) “No respeito pelo outro...” (P43)	3	1,74
Trabalhar em equipa	“Saber trabalhar em equipa; cooperação” (P38) “Saber trabalhar em grupo/cooperar” (P60)	3	1,74
Total		172	100

Os estudantes quando questionados sobre as características e as competências pessoais que necessitariam desenvolver para melhorar o seu bem-estar pessoal e social, referem em 29,55% das 132 unidades de enumeração analisadas a autoestima, as competências comunicacionais em 23,48%, a assertividade em 15,91% e a competência emocional em 12,12% (Tabela 5). Menor relevância adquiriram a tolerância, o saber ouvir ou o sentido de responsabilidade, entre outros.

Tabela 5 – Categorias e unidades de registo e enumeração sobre as características e as competências pessoais que os estudantes necessitam para melhorar o seu bem-estar pessoal e social (n=62)

Categorias	Unidades de registo	Unidades de enumeração	
		n	%
Autoestima/ autoconfiança/ segurança	“Ser confiante” (P2) “Trabalhar a minha autoestima. Quando atingir esse patamar, conseguirei ser uma melhor pessoa.” (P25) “Melhorar a minha autoestima.” (P35) “Autoestima; segurança; amor-próprio.” (P36) “...autoconceito...” (P55) “Não sentir vergonha em falar com estranhos” (P30)	39	29,55
Competências comunicativas	“Desenvolver a capacidade de dialogar de forma fluida sem vergonhas nem medos com pessoas que não conheço.” (P5) “Saber como começar um diálogo.” (P16) “Acho que devo melhorar a minha comunicação com as pessoas que não conheço.” (P31)	31	23,48
Assertividade	“Ser assertivo.” (P2) (P3) (P4) “Assertividade.” (P41) “Capacidade de defender as suas ideias” (P41) “Não ser tão teimosa” (P9) “Não ser tão frontal e calar-me em determinadas alturas.” (P13)	21	15,91
Competência emocional	“Controlo face às emoções” (P1) “Saber controlar as minhas emoções perante os utentes” (P3) “Melhor gestão de emoções, de sentimentos...” (P26) “Facilidade na demonstração de sentimentos.” (P34) “Melhorar as capacidades de saber distanciar-me a um nível profissional dos problemas e dilemas dos doentes.” (P38) “Empatia” (P55)	16	12,12
Tolerância	“Melhorar a minha tolerância perante o outro” (P35) “Ser mais paciente/tolerante.” (P40) “Ser mais paciente.” (P49)	7	5,30
Ansiedade	“No meu caso é ser...ansiosa...” (P59)	4	3,03
Compreensão	“Perceber melhor o outro, para saber identificar os problemas dos outros.” (P32) “Talvez compreender mais a posição e a opinião dos outros...” (P46)	4	3,03
Saber ouvir	“Saber ouvir melhor os outros.” (P30) “Ser melhor ouvinte.” (P44)	3	2,27
Responsabilidade	“Conseguir possuir mais responsabilidade...” (P52) “A responsabilidade pois creio que estou muito “verde” no assunto...” (P58)	3	2,27
Meigo, carinhoso, bondoso	“Tratar as pessoas com mais carinho.” (P30) “Mais “bondade” (P45)	2	1,52
Disponibilidade	“Disponibilidade” (P22)	1	0,76
Trabalhar em equipa	“Trabalho em grupo” (P24)	1	0,76
Total		132	100

CAPÍTULO IV – ESTUDO 2: CONCEÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PESSOAIS, SOCIAIS EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

No sentido de contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes de enfermagem, pretende-se apresentar neste capítulo o processo subjacente à conceção e implementação de um programa de treino e desenvolvimento de competências pessoais e sociais (concebido para esta investigação), que cremos ter reflexo no desempenho profissional, os conteúdos e estratégias desenvolvidas nas sessões que o constituem, bem como a avaliação da sua eficácia através dos resultados que serão expostos neste Estudo 2 e também no Estudo 3 (capítulo seguinte).

Importa referir que a importância da sua construção se deve ao facto de serem desconhecidos outros programas desenvolvidos especificamente com estudantes de enfermagem em Portugal, embora outros tenham já revelado a sua eficácia com estudantes de psicologia (Bandeira et al., 2000; Magalhães & Murta, 2003; Del Prette et al., 2004), de ciências exatas (Del Prette & Del Prette, 2003a), de enfermagem e de medicina (Li et al., 2004), de educação em infância (Dias, 2008) ou, globalmente com estudantes do Ensino Superior (Jardim, 2007).

1. CONCEÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

Tendo em conta a pesquisa bibliográfica efetuada da qual resultou a revisão da literatura que constitui a primeira parte desta investigação e as necessidades manifestadas pelo estudantes de enfermagem, concebeu-se o programa de intervenção denominado “Cuidar-se para Saber Cuidar”. Tendo subjacente que as habilidades sociais, podendo ser inatas, em situações em que não são apreendidas ao longo do ciclo vital ou em situações em que ainda não existindo problemas de relacionamento interpessoal, podem ser desenvolvidas e/ou otimizadas pela prática e treino sistemático e intencional (Del Prette & Del Prette, 2003b; Murta, 2005; Del Prette & Del Prette, 2006; Caballo, 2008a, 2008b), numa tentativa direta de, em situações específicas, ensinar habilidades e estratégias interpessoais com a intencionalidade de a nível individual melhorar o comportamento interpessoal (social) (Caballo, 2008b, 2009).

Deste modo, o desenho da intervenção, assente em dinâmicas de grupo e tarefas individuais, foi sustentado numa abordagem cognitivo-comportamental (Beck, 1993, 1997; Ellis, 1995) e simultaneamente numa abordagem humanista Rogeriana do desenvolvimento humano (Rogers, 1974), confiando na tendência auto-actualizante das potencialidades próprias de cada pessoa que lhe permitem evoluir.

A conceção do programa de intervenção teve ainda subjacente que a competência profissional do enfermeiro só será atingida através da aquisição de um certo desenvolvimento da competência pessoal (Phaneuf, 2005) e que a complexidade da formação do enfermeiro reside essencialmente no desenvolvimento dessas competências pessoais que permitam o encontro profissional entre o prestador de cuidados e o beneficiário desses cuidados (Hesbeen, 2000).

Nesta sequência, o programa “Cuidar-se para Saber Cuidar”, é um programa educativo que pretende promover e/ou otimizar o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e profissionais dos estudantes de enfermagem, utilizando estratégias estruturadas e formais, que visam obter como resultado final, para além do bem-estar pessoal e social, também o sucesso académico e profissional, possibilitado pelo desenvolvimento de competências relacionais, que nas Ciências de Enfermagem têm tradução no Saber Fazer Relacional.

O programa, considerando a individualidade de cada participante, permite e incentiva uma interação de todos os participantes com os seus pares nas diferentes atividades propostas, que possibilitando a aprendizagem através de um processo de experimentação e de treino de relações interpessoais assente na análise e reflexão, construindo saberes e tornando conscientes os processos que inibem ou facilitam o relacionamento interpessoal. Estes ensaios e vivências mediadas, visam otimizar o desenvolvimento de cada um dos participantes, com vista ao seu desenvolvimento enquanto pessoa e a sua autonomia.

1.1. Conteúdos e organização das sessões

O programa “Cuidar-se para Saber Cuidar” foi constituído por 10 sessões, com a duração aproximada de 2 horas. Contudo além do tempo despendido nas sessões presenciais, foi também tido em conta o tempo despendido em tarefas de treino individual posterior às sessões (tarefa para casa), considerando-se um total de 30 horas, para efeitos de certificação. As sessões decorreram ao longo de aproximadamente dois meses, com uma periodicidade semanal e/ou bissemanal.

Salientamos que cada sessão foi organizada em torno do desenvolvimento de uma competência, com exceção da primeira e da última sessão, mas pressupondo sempre uma abordagem de interligação e integradora dos diversos conteúdos trabalhados nas diferentes sessões. Assim, apresentamos de seguida a organização das sessões presenciais que constituíram o programa:

Sessão 1 – Apresentação do programa e dos participantes

Sessão 2 – Comunicação

Sessão 3 – Emoções

Sessão 4 – Trabalho de grupo/em equipa (cooperação)

Sessão 5 – Escuta e empatia

Sessão 6 – Autoconceito e conhecimento de si

Sessão 7 – Assertividade

Sessão 8 – Entrevista em enfermagem

Sessão 9 – Empatia e relação de ajuda em enfermagem

Sessão 10 – Avaliação do programa

Na conceção do programa foi igualmente importante pensar a estrutura de cada sessão, com o sentido de orientar o dinamizador. Deste modo, as sessões foram pensadas segundo uma estrutura comum que assegurasse uma coerência interna entre cada uma e, simultaneamente, reforçasse a sequencialidade dos processos cognitivos e afetivos entre elas (Almeida & Morais, 1997). Foram contudo exceções as sessões 1 e 10, por serem essencialmente dedicadas à apresentação e avaliação do programa, respetivamente.

Nesta sequência, as sessões presenciais foram operacionalizadas de acordo com a seguinte dinâmica estrutural:

- Revisão da sessão anterior;
- Breve introdução sobre competência/conteúdo a desenvolver na sessão;
- Metodologias ativas: jogos, dinâmicas de grupo, dramatização, roleplay e outras;
- Análise e reflexão das dinâmicas desenvolvidas, seus contributos e importância para o desenvolvimento pessoal, social e profissional;
- Síntese da sessão;
- Tarefa para casa (TPC);
- Avaliação da sessão (preenchimento da Ficha de avaliação da sessão).

O grupo constituído para o desenvolvimento deste programa de intervenção, definido como “um conjunto dinâmico constituído por um número reduzido de pessoas que se sentem mutuamente interdependentes na criação de

uma plataforma relacional e nos objectivos a atingir” (Jardim, 2003 citado em Jardim, 2007, p. 324), apresenta características não terapêuticas, uma vez que pretende promover e/ou otimizar o desenvolvimento pessoal, social e profissional dos seus elementos e não a resolução de problemas de saúde mental, como é objetivo nos grupos terapêuticos (Guerra & Lima, 2005). Composto por estudantes do 2º ano do CLE, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, o número de elementos variou entre 29 e 33, considerando-se um grupo fechado (não foi permitida a entrada de novos elementos após a sua constituição), homogéneo (relativamente à população alvo), mas também heterogéneo (relativamente à idade, género e naturalidade), assumindo a dinamizadora uma liderança semidirecta (Rogers, 1974), baseada na aceitação, compreensão e confiança, sem juízos de valor e/ou imposições, mas simultaneamente dinâmica, fomentando a coesão e o crescimento individual e grupal, assumindo uma postura de observador-participante (Safran & Segal, 1990).

No decurso do programa houve necessidade de utilizar diferentes recursos materiais, de acordo com as exigências de cada sessão: documentos e fichas de trabalho, instrumentos de avaliação, documento de suporte das sessões, papel, cartolinas, cartões, fita-cola, quadro, computador, projetor multimédia, certificados de participação e outros materiais de apoio. Paralelamente, o espaço físico foi selecionado considerando a sua adequação ao número de participantes, às condições de luminosidade e acústica e à sua possibilidade de transformação da disposição das mesas e cadeiras, em função das exigências das dinâmicas a utilizar.

De seguida, apresentamos a composição e objetivos definidos para cada uma das sessões do programa “Cuidar-se para saber Cuidar”:

Sessão 1 – Apresentação do programa e dos participantes

- Apresentação do programa: objetivos/finalidade, conteúdos, organização, duração, frequência e horário. (15’)
- Preenchimento do Contrato/compromisso de participação no programa. (5’)
- Preenchimento da Ficha de dados pessoais. (5’)
- Programação das sessões: calendarização e horário das sessões. (15’)
- Preenchimento da Ficha de avaliação de necessidades relacionais. (20’)
- Preenchimento da Ficha de avaliação inicial e expectativas do programa. (10’)

- Preenchimento dos instrumentos de recolha de dados: QSDCE, TAS-20, ICAC e RAS. (15’)
- Dinâmica de apresentação: “O meu nome e a cor dos teus olhos” (Rijo et al., 2002). (40’)

OBJETIVOS:

- Apresentar o programa;
- Explorar/identificar expectativas dos participantes;
- Calendarizar as sessões;
- Quebrar barreiras no grupo;
- Colocar os participantes à vontade;
- Apresentar os participantes e dinamizadora.

Sessão 2 – Comunicação

- Breve introdução sobre os conteúdos relacionados com a comunicação. (15’)
- Dramatização: “É impossível não comunicar” (Rijo et al., 2002). (20’)
- Dinâmica de grupo: História “O acidente” (Fachada, 1998).
- Dinâmica de grupo: “História da máquina registadora” (Fachada, 1998). (20’)
- Dinâmica de grupo: “Elogios e/ou qualidades” (Rijo et al., 2002). (20’)
- Análise e reflexão de cada atividade, contributos para o desenvolvimento pessoal, social e profissional. (40’)
- TPC – Elogiar e cumprimentar (Caballo, 2008b).
- Preenchimento da Ficha de avaliação da sessão. (5’)

OBJETIVOS:

- Compreender que todo o comportamento é comunicação, mesmo sem intencionalidade;
- Reconhecer a eventual ambiguidade da linguagem não-verbal, sua presença em toda a comunicação e prevalência sobre a linguagem verbal (em caso de discrepância);
- Compreender a importância de escutar atentamente, a fim de garantir a fidelidade da comunicação;
- Identificar consequências das distorções da comunicação;
- Reconhecer que os juízos de valores podem afetar a comunicação;
- Valorar o elogio e o cumprimento.

Sessão 3 – Emoções

- Breve introdução sobre os conteúdos relacionados com as emoções básicas, sua expressão e reconhecimento. (10–15')
- Dramatização: História “A lenda da Atlântida” (Rijo et al., 2002). (25')
- Dinâmica de grupo: “Abismo” (Rijo et al., 2002). (25')
- Análise e reflexão de cada dinâmica, contributos para o desenvolvimento pessoal, social e profissional. (40')
- TPC – Expressar sentimentos (Castanyer, 2006).
- Preenchimento da Ficha de avaliação da sessão. (5')

OBJETIVOS:

- Reconhecer/identificar as emoções expressas (raiva, tristeza, medo e alegria);
- Relacionar a linguagem não-verbal com a expressão de emoções (comportamento, gestos, tom de voz, entre outros);
- Experimentar situações de medo e superá-las através da confiança;
- Desenvolver a capacidade de expressar emoções e/ou sentimentos.

Sessão 4 – Trabalho de Grupo/em equipa (cooperação)

- Dinâmica de grupo: “Jogo dos quadrados” (Fachada, 1998). (25')
- Dinâmica de grupo: “Jogo de cooperação” (Chittoni, 2007). (20')
- Dinâmica de grupo: “Quem naufragará?” (Fritzen, 2009). (20')
- Conteúdos sobre cooperação e trabalho de grupo/em equipa. (10')
- Análise e reflexão de cada dinâmica, contributos para o desenvolvimento pessoal, social e profissional. (30')
- Preenchimento da Ficha de avaliação da sessão. (5')

OBJETIVOS:

- Refletir sobre a importância da cooperação para o sucesso do trabalho/sucesso do grupo;
- Desenvolver a cooperação e a capacidade de trabalho em equipa, entre os participantes do grupo;
- Refletir sobre a competitividade, o egoísmo, o altruísmo e a cooperação entre as pessoas;
- Reconhecer a importância da valoração individual para o sucesso do trabalho em equipa;

- Experienciar a cooperação para o sucesso do objetivo grupal.

Sessão 5 – Escuta e empatia

- Dinâmica de grupo: “Jogo das figuras geométricas”. (20–30’)
- Dinâmica de grupo: “Viver o papel do outro” (Del Prette & Del Prette, 2008). (20’)
- Dinâmica de grupo: “Inocente ou culpado” (Del Prette & Del Prette, 2008). (20’)
- Conteúdos sobre escuta e empatia. (10–15’)
- Análise e reflexão de cada dinâmica, contributos para o desenvolvimento pessoal, social e profissional. (30’)
- Preenchimento da Ficha de avaliação da sessão. (5’)

OBJETIVOS:

- Reconhecer importância da comunicação não-verbal nas relações interpessoais;
- Reconhecer a importância de emitir mensagens claras (dizer claramente o que se espera do comportamento do outro);
- Desenvolver a empatia;
- Desenvolver componentes ou pré-requisitos para a empatia (atenção, escuta ativa, verbalização da compreensão);
- Desenvolver a escuta.

Sessão 6 – Autoconceito e Conhecimento de Si

- Dinâmica de grupo: “O conhecimento pessoal” (Fritzen, 2009). (20’)
- Dinâmica de grupo: “O Rei vai nu” (40’)
- Teste de autodiagnóstico: “Janela de Johari” (Fachada, 1998). (20’)
- Conteúdos sobre autoconceito, autoestima e autoconhecimento. (10’)
- Análise e reflexão de cada dinâmica, contributos para o desenvolvimento pessoal, social e profissional. (20’)
- Preenchimento da Ficha de avaliação da sessão. (5’)

OBJETIVOS:

- Tornar consciente a imagem que a pessoa tem de si;
- Analisar a hierarquia dos seus valores;
- Promover o auto e o heteroconhecimento;
- Promover a valorização pessoal;

- Refletir sobre as competências do self;
- Experienciar dinâmicas que valorizem a autoestima.

Sessão 7 – Assertividade

- Breve introdução sobre os conteúdos relacionados com comportamento agressivo, passivo e assertivo e respetivos aspetos comportamentais identificativos de cada tipo de comportamento. Resposta e/ou recusa assertiva. (15')
- Lista de direitos assertivos (Castanyer, 2006). (5')
- Dinâmica de grupo: “Nem passivo nem agressivo: assertivo!” (Del Prette & Del Prette, 2008; Caballo, 2008b). (25')
- Dinâmica de grupo de resolução de situações problema (Riley, 2004). (30')
- Análise e reflexão de cada dinâmica, contributos para o desenvolvimento pessoal, social e profissional. (20')
- TPC – Treinar assertividade: autorregisto (Castanyer, 2006).
- Preenchimento da Ficha de avaliação da sessão. (5')

OBJETIVOS:

- Identificar os diferentes tipos de comportamento e/ou de comunicação;
- Mostrar a existência de estilo comportamental funcional (assertivo) alternativo aos estilos disfuncionais (agressivo e passivo);
- Reconhecer as vantagens da utilização do comportamento assertivo;
- Aprender a responder NÃO assertivamente a uma proposta inadequada ou contra sua vontade;
- Experienciar atividades para desenvolver a assertividade;
- Treinar recusa assertiva;
- Refletir os aspetos corretos e incorretos na recusa dada pelos colegas;
- Reconhecer a importância da liberdade de decidir o seu comportamento, de tomar sua decisão, de fazer a sua opção;
- Desenvolver a assertividade.

Sessão 8 – Entrevista em enfermagem

- Breve introdução e revisão de alguns conteúdos sobre entrevista. (15')
- Roleplay de Entrevista em Enfermagem. (40')
- Análise e reflexão da dinâmica de roleplay (Phaneuf, 2005). (40')
- Preenchimento da Ficha de avaliação da sessão. (5')

OBJETIVOS:

- Experienciar situações de entrevista;
- Reconhecer a importância e necessidade de utilização das competências desenvolvidas, para o sucesso da entrevista;
- Treinar entrevista.

Sessão 9 – Empatia e relação de ajuda em enfermagem

- Breve introdução sobre os conteúdos relacionados com empatia e resposta empática em relação de ajuda em enfermagem. (15')
- Dinâmica de grupo de resolução de situações problemas de treino de resposta empática em relação de ajuda. (40')
- Análise e reflexão da dinâmica de resolução de problemas. (40')
- Preenchimento da Ficha de avaliação da sessão. (5')

OBJETIVOS:

- Reconhecer a importância da relação empática para a qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Treinar resposta empática;
- Desenvolver a empatia como competência profissional;
- Refletir sobre o significado da empatia e relação de ajuda;
- Desenvolver competências necessárias à relação de ajuda.

Sessão 10 – Avaliação do programa

- Preenchimento da Ficha de avaliação global do programa. (10')
- Preenchimento dos instrumentos de recolha de dados: QSDCE, TAS-20, ICAC e RAS. (15')
- Avaliação do programa. (20')
- Avaliação dos progressos pessoais dos participantes, ganhos e competências desenvolvidas, da capacidade de aplicar os conteúdos do programa em contextos reais da vida e em contextos reais da atividade profissional. (30')

OBJETIVOS:

- Refletir sobre os progressos e competências desenvolvidas ao longo do programa;
- Avaliar o programa;

- Informar acerca dos futuros encontros: avaliação de follow-up e entrega de certificados;
- Encerrar o programa.

Importa ainda salientar que terminadas as dez sessões constituintes do programa, posteriormente, passados aproximadamente seis meses do seu término, ocorreu um novo momento de avaliação dos participantes, que incluiu instrumentos de auto e de heteroavaliação, do qual daremos conta no Estudo 3 desta investigação.

1.2. Estratégias e técnicas utilizadas

Conforme referimos anteriormente, o programa “Cuidar-se para Saber Cuidar”, de acordo com a sua sustentação teórica, integrou diversas estratégias e técnicas no seu desenvolvimento:

Descoberta guiada: é uma estratégia proposta pela escola cognitivo-comportamental, fundamental na intervenção terapêutica, é baseada no questionamento socrático (Beck, 1993; 1997). Consiste em guiar o grupo após as atividades experienciadas dentro da sessão, de modo a descobrir os conteúdos trabalhados e aplicá-los às situações vivenciadas na sessão, mas também às situações de vida (Rijo et al., 2002), na tentativa de alterar a matriz de esquemas mentais mal adaptativos que filtram, interpretam e codificam a informação (Beck, 1993; 1997).

Dinâmica de grupo: o conceito de dinâmica de grupo foi desenvolvido na Psicologia Social, por Kurt Lewin (1948), como ferramenta para o estudo das normas, papéis, relações, desenvolvimento e funcionamento dos grupos. Atualmente é a base da terapia de grupo e de algumas abordagens terapêuticas e um meio de formação e treino em relações humanas, alcançando-se mudança de hábitos, atitudes e preconceitos. Assim, é seu objetivo ensinar novos comportamentos através de dinâmica de grupo, ou seja, através da discussão e de decisão em grupo, em substituição do método tradicional de transmissão sistemática de conhecimentos.

A infinidade de técnicas de Dinâmica de Grupo existentes, permite desenvolver competências nas pessoas como: a empatia, o controlo emocional, o conhecimento de si, a capacidade de ouvir, a assertividade, entre outras.

Role-playing: é uma técnica proposta por Moreno (1975), amplamente utilizada na década de 70 como parte da terapia comportamental para a

formação e afirmação de treino de competências sociais que se baseia no conceito de desempenho de papéis. A sua finalidade é, não só descobrir como a pessoa concebe os papéis sociais e como atua neles, mas também, ajudá-la a alcançar um desempenho mais ajustado ao seu contexto sociocultural. Pretendendo-se assim, através destes ensaios de competências, substituir modos de responder não adequados por outros mais funcionais (Moreno, 1975; Ramírez, 1998; Jardim & Pereira, 2006).

Feedback construtivo: é uma técnica que consiste no retorno de informação específica pelos pares, pela dinamizadora e pelo próprio, formulada de forma positiva, sobre o comportamento apresentado, permitindo o desenvolvimento e aperfeiçoamento da competência treinada, mas também da avaliação (auto e hetero), da confiança, do respeito mútuo e da colaboração (Jardim & Pereira, 2006; Jardim, 2007; Dias, 2008).

Resolução de problemas: é uma estratégia pedagógica ativa desenvolvida há mais de 30 anos. Tem como finalidade uma aprendizagem não apenas originada nos aspetos conceptuais, mas essencialmente na mobilização desses conceitos em situações problema do mundo real, resultando em mudança de comportamento, tornando os participantes responsáveis pela sua aprendizagem e desenvolvimento (Brownell & Jameson, 2004). Os participantes concentrando-se em problemas do mundo real, apreciam várias perspetivas, reconhecem elementos não racionais de tomada de decisão e, deste modo, as aprendizagens cognitiva e afetiva sustentam a aprendizagem comportamental sobre como implementar os planos, as equipes de liderança, resolver conflitos, persuadir os outros e comunicar com grupos múltiplos (Brownell & Jameson, 2004).

2. METODOLOGIA

Após a conceção do programa de intervenção “Cuidar-se para Saber Cuidar” foi desenvolvido um estudo de natureza quasi-experimental (também com características de estudo exploratório-descritivo), utilizando um grupo experimental e um grupo de controlo, com o objetivo de avaliar a eficácia e eficiência do programa.

2.1. Amostra

A amostra utilizada no Estudo 2 é a mesma do Estudo 1, constituída por 104 estudantes que frequentam o ensino teórico do 3º semestre, 2º ano do CLE, distribuídos pelo GC (42 estudantes) e pelo GE (62 estudantes).

2.2. Procedimento

Neste estudo foram seguidos os procedimentos já referidos no estudo anterior, destacando-se a declaração de consentimento informado e o preenchimento dos instrumentos de recolha de dados na primeira e na última sessão do programa de intervenção no GE e também na mesma semana letiva aos elementos do GC.

Contudo, importa esclarecer que tendo-se decidido efetuar a apresentação e divulgação do programa em duas turmas (A e E), na expectativa de encontrar participantes para a sua realização e constituição do GE, é facto que a sua adesão superou as expectativas e a ética em investigação não nos permitiria recusar participantes, razão pela qual decidimos desenvolver o programa em dois grupos distintos, correspondentes à prévia distribuição por turma, com benefício do contacto e conhecimento já existente entre os elementos (Grupo A: 29 estudantes; Grupo E: 33 estudantes). Deste modo, o programa e as sessões que o constituem, foram replicadas em ambos os grupos. No entanto os dados recolhidos foram analisados como um único grupo, o GE.

O agendamento da data e horário das sessões foi sempre acordado com os participantes de cada um dos grupos em função das suas disponibilidades, evitando a sobreposição com atividades letivas, trabalhos de grupo e estudo e a deslocação propositada para participar nas sessões, diminuindo assim o absentismo às sessões (limitado a duas faltas).

2.3. Instrumentos de recolha de dados

Neste estudo foram utilizados diversos instrumentos de recolha de dados, de natureza quantitativa e de natureza qualitativa, que já descrevemos anteriormente no capítulo referente à Metodologia, e considerados diferentes momentos de avaliação que passamos a referir:

- Ficha de avaliação inicial e expectativas do programa (primeira sessão do programa);
- Ficha de avaliação da sessão (final de cada sessão);
- Ficha de avaliação global do programa (última sessão do programa);
- QSDCE (primeira e última sessão do programa);
- TAS-20 (primeira e última sessão do programa);
- ICAC (primeira e última sessão do programa);
- RAS (primeira e última sessão do programa).

Destacamos que os três primeiros instrumentos, específicos para o programa de intervenção, não foram utilizados no GC, sendo neste grupo aplicados o QSDCE, a TAS-20, o ICAC e a RAS na mesma semana letiva do término da intervenção no GE.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dada a diversidade de instrumentos utilizados nesta fase da investigação e a multiplicidade de resultados a apresentar, a informação foi organizada em função de cada um dos instrumentos, com o intuito de facilitar a sua apresentação, análise e compreensão.

A amostra estudada, sendo a mesma do Estudo 1, apresenta as mesmas características sociodemográficas e de escolha, ingresso e frequência do CLE já analisadas no capítulo anterior.

3.1. Expectativas do programa

Na primeira sessão do programa de intervenção, os elementos constituintes do GE foram inquiridos sobre as suas motivações para a participação no programa e sobre as suas expectativas de mudança em si e no cuidar em enfermagem, respondendo para isso à Ficha de avaliação inicial e expectativas do programa. Dos dados obtidos foi efetuada a sua análise de conteúdo que se traduz nos resultados apresentados seguidamente.

Na Tabela 6 é apresentado o resultado da análise das unidades de registo manifestadas pelo GE (n=62) acerca da motivação dos seus estudantes para aceitar participar no programa de intervenção. Foram encontradas 110 unidades de enumeração que revelam como principais motivos o desenvolvimento de competências pessoais (24,55%), no sentido do seu crescimento pessoal, e o desenvolvimento de competências necessárias para o ensino clínico (23,64%). Também a necessidade de melhorar o relacionamento interpessoal (11,82%) e o interesse suscitado pelo programa de intervenção (10,00%) foram razões apontadas pelos estudantes para a participação no programa “Cuidar-se para Saber Cuidar”. Expressões relativas ao desenvolvimento de competências essenciais para a profissão de enfermagem e a aquisição de conhecimentos foram também expressas igualmente pelos participantes em 8,18% das unidades de enumeração. Com menor representatividade, mas expressos como motivos dos estudantes para a sua participação, foram o interesse no desenvolvimento do

seu curriculum vitae e/ou na obtenção de um certificado, a participação em investigação e a curiosidade.

Tabela 6 – Categorias e unidades de registo e enumeração da motivação dos estudantes para aceitar participar no programa (n=62)

Categorias	Unidades de registo	Unidades de enumeração	
		n	%
Desenvolver competências pessoais	“Conhecer-me um pouco melhor e conhecer melhor os outros...” (P10) “...ajudar-me pessoalmente” (P15) “...desenvolver certas competências importantes tanto para mim...” (P20) “Penso que é importante quer para me conhecer melhor...” (P30) “A minha motivação em participar neste programa reside no facto de querer melhorar a maneira como me vejo...” (P33) “...melhor facilidade em comunicação” (P4) “A minha motivação foi a necessidade de aprender a comunicar de forma mais espontânea e penso que esta formação me vai ajudar.” (P5)	27	24,55
Desenvolver competências para EC	“Aceitei participar este programa visto que, pode trazer vantagens para mim, no sentido de me preparar para o estágio. Preparar-me para cuidar dos outros.” (P9) “Desenvolver competências úteis para o ensino clínico.” (P12) “Melhor desempenho em ensino clínico.” (P16) (P18) “... pensei ser uma ajuda para um melhor desempenho em ensino clínico.” (P41) “Uma melhor comunicação com os doentes.” (P19)	26	23,64
Relacionamento interpessoal	“Penso que é importante... quer para poder lidar melhor com os outros” (P30) “...serei capaz de lidar melhor com os outros.” (P33) “...pois desta forma serei capaz de lidar melhor com os outros.” (P52)	13	11,82
Interesse do programa de intervenção	“Acho que é um programa muito interessante...” (P3) (P48) “Os objetivos e pressupostos que foram apresentados são úteis para a vida enquanto enfermeiros...” (P7) “O facto destas sessões serem especialmente dinâmicas...” (P22) “Gostei dos objetivos e finalidades propostos pelo programa.” (P42)	11	10,00
Desenvolver competências para a profissão de enfermagem	“desenvolver certas competências importantes ...para a profissão futura.” (P20) “A minha motivação para entrar neste programa passa por adquirir novas competências que me possam ser úteis ... como futura profissional de saúde.” (P35)	9	8,18
Adquirir conhecimentos	“...gosto por novos conhecimentos...” (P14) “...aumentar os conhecimentos...” (P21) “Para aprender mais...” (P53)	9	8,18
Desenvolvimento curricular/certificado	“Currículo.” (P16) “Ter um certificado de participação também me motiva a participar.” (P40) “E também é uma contribuição para o meu currículo.” (P47)	6	5,45
Participação em estudo/investigação	“Antes de mais é a minha “primeira investigação...” (P11) “Acho importante a participação em projetos como este...” (P54) “E acho útil para que hajam comparações e estudos.” (P48)	5	4,54
Curiosidade	“Curiosidade e ajuda em questões relacionais.” (P6) “Curiosidade sobre o programa...” (P27) “...pela curiosidade das atividades que se realizarão.” (P31)	4	3,64
Total		110	100

Quando questionados os estudantes sobre o que esperam que ocorra durante o programa de intervenção, 51,31% das expressões analisadas referem-se ao desenvolvimento das suas competências, distribuídas pelas subcategorias competências profissionais (32,89%) e competências sociais (18,42%). Esperam também que as sessões sejam dinâmicas (15,79%) e divertidas (6,58%), que haja

aprendizagem importante para o futuro pessoal e profissional (17,11%) e que seja privilegiada a interação e trabalho de grupo (9,21%) no desenvolvimento do programa (Tabela 7).

Tabela 7 – Categorias, subcategorias e unidades de registo e enumeração sobre o que os estudantes esperam que ocorra durante o programa (n=62)

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo	Unidades de enumeração	
			n	%
Desenvolvimento de competências	Profissionais	“... a fim de ganhar competências relacionais/comunicacionais que me permitam ter um melhor desempenho a nível do ensino clínico e como futura enfermeira.” (P16) “Que nos prepare melhor e nos dê competências para lidar melhor com certas situações futuramente em ensino clínico como profissionalmente.” (P20) “Melhorar competências psicológicas e pessoais e mudar ou melhorar a forma como vamos cuidar dos outros.” (P34)	25	32,89
	Pessoais e sociais	“Espero que mude algumas das minhas características para melhor.” (P18) “Espero que me proporcione melhor visão de mim mesma e dos outros e simultaneamente que me ajude futuramente na relação com a sociedade.” (P50) “Espero que neste programa hajam atividades dinâmicas de grupo que nos ajudem a desenvolver competências individuais e sociais.” (P60)	14	18,42
Sessões	Dinâmicas	“Penso que será um programa bastante produtivo, com muita dinâmica...” (P8) “Espero que seja dinâmico e que consiga aprender coisas novas e adquirir novas competências.” (P17) “Sessões interativas, que nos façam aprender as coisas sem ser de uma forma monótona.” (P30)	12	15,79
	Divertidas	“Muito divertimento educativo.” (P3) “Espero que haja bastante animação...” (P15) “Atividades lúdicas e ao mesmo tempo introspetivas.” (P27)	5	6,58
Aprendizagem para o futuro pessoal e profissional		“Espero que seja possível aprender, de forma fácil, e que fique “guardado” para futuramente serem conhecimentos muito úteis.” (P1) “Espero que seja um momento de aprendizagem.” (P2)	13	17,11
Interação e trabalho de grupo		“Interação grupal, partilha de opiniões, reflexões conjuntas.” (P12) “... um contacto com todo o grupo para melhorar as capacidades de trabalho em grupo.” (P25) “...conseguir um melhor e mais produtivo trabalho em equipa.” (P35)	7	9,21
Total			76	100

Relativamente ao que os estudantes gostariam de ter mudado em si no final do programa, depois de analisadas e organizadas em categorias as 91 unidades de registo expressas, verificámos que 35,16% das unidades de enumeração são referentes ao desenvolvimento da autoestima, incluindo-se aqui aspetos intrinsecamente relacionados como a autoconfiança e o sentimento de segurança (Tabela 8).

Importa reter que estes resultados relativos à necessidade expressa pelos estudantes, de desenvolvimento da sua autoestima, encontram-se relacionados

com os resultados referentes à motivação, onde o principal motivo apresentado pelos estudantes para participar neste programa foi o desenvolvimento de competências pessoais (Tabela 6).

Os resultados expostos na Tabela 8 revelam que as competências comunicacionais são outra das necessidades identificadas em 25,27% dos estudantes e que gostariam de as ver mudadas, isto é, melhoradas no final do programa. Também a necessidade de desenvolver a assertividade é expressa em 12,09% das unidades de enumeração, a interação com o outro (relacionamento interpessoal) em 10,99% e a competência emocional em 9,89%. Menor representatividade adquiriram a necessidade de reflexão sobre os cuidados de enfermagem (3,30%) e a aquisição de conhecimentos (3,30%).

Tabela 8 – Categorias e unidades de registo e enumeração sobre o que os estudantes gostariam de ter mudado em si no final do programa (n=62)

Categorias	Unidades de registo	Unidades de enumeração	
		n	%
Autoestima/ autoconfiança/ segurança	“Ter mais à vontade para comunicar.” (P2) “Diminuir a timidez...” (P3) “Ter mais confiança, pela abordagem de determinados assuntos, para quando chegar a ensino clínico estar preparada de forma diferente.” (P25) “Gostava que me sentisse mais convicto, seguro quando for para o ensino clínico, e até ter aprendido melhor a lidar comigo próprio em algumas situações.” (P42) “Gostaria de ter um maior segurança nos meus conhecimentos e competências, enquanto aspirante a enfermeira e a nível pessoal nas relações familiares e de amizade.” (P55) “...perder um pouco mais a vergonha.” (P10)	32	35,16
Comunicação	“Gostava de conseguir comunicar melhor.” (P6) “Gostaria ter desenvolvido a minha comunicação com os outros.” (P9) “Uma melhor comunicação com os outros, de forma mais natural e não forçada.” (P19)	23	25,27
Assertividade	“Estar mais solta/exprimindo as minhas opiniões à frente dos outros sem qualquer constrangimento.” (P6) “Gostaria de no final conseguir ser mais assertiva...” (P15) “Gostava de ter aprendido... a ser mais assertiva, a comunicar de um modo melhor e a ‘impor’ e exprimir melhor as minhas opiniões, sem que tenha medo de ser criticada.” (P36)	11	12,09
Interação com o outro	“Alguns aspetos na minha personalidade, especialmente ultrapassar as minhas dificuldades a nível social.” (P21) “No final deste programa gostaria de saber melhor como lidar como os outros...” (P35) “A capacidade de tirar melhor partido das minhas competências pessoais na interação com os outros.” (P50)	10	10,99
Competência emocional	“Gerir melhor as emoções.” (P26) “... expressão dos meus sentimentos.” (P30) “A minha forma de lidar com os sentimentos, quer os meus quer os dos outros.” (P42) “Gostaria de melhorar a empatia...” (P43)	9	9,89
Reflexão sobre os cuidados de enfermagem	“Gostaria de ter a noção de que esta intervenção me fez refletir sobre os cuidados de enfermagem.” (P24) “Ter uma visão diferente sobre os cuidados.” (P34) “Espero conseguir refletir melhor e ter uma atitude mais correta perante várias situações.” (P44)	3	3,30
Aquisição de conhecimentos	“Mudar o meu conhecimento a nível da temática e saber pôr em prática tudo o que foi elaborado nestas sessões.” (P14) “Espero que com este programa consiga aplicar os conhecimentos adquiridos nas atividades desenvolvidas, no dia-a-dia.” (P31)	3	3,30
Total		91	100

Os estudantes, quando inquiridos sobre o que gostariam de ter mudado no seu desempenho do cuidar em enfermagem no final do programa (Tabela 9), à semelhança da questão anterior referente aos aspetos do desenvolvimento pessoal, continuam a referir nos lugares cimeiros a necessidade de incremento ao nível da comunicação (30,00%) e da autoestima (17,78%). Nas 90 unidades de enumeração analisadas, e na sua subsequente categorização, verificamos que também a indispensabilidade de melhorar a empatia e/ou relação de ajuda (12,22%), a competência emocional (7,78%) e a assertividade (7,78%), foram

apontadas como mudanças necessárias ao desempenho do cuidar em enfermagem.

As categorias relativas à interação com o outro e à intervenção/cuidados de enfermagem surgem representadas com 6,67% das unidades de enumeração, seguidas da compreensão do outro com 5,55%. Com menor relevo são identificadas as categorias respeitantes ao trabalho em equipa e à capacidade para lidar com situações difíceis, expressas em 3,33% e em 2,22% respetivamente (Tabela 9).

Tabela 9 – Categorias e unidades de registo e enumeração sobre o que os estudantes gostariam de ter mudado no seu desempenho do cuidar em enfermagem no final do programa (n=62)

Categorias	Unidades de registo	Unidades de enumeração	
		n	%
Comunicação	“Gostava de conseguir comunicar bem com os pacientes e ser boa profissional.” (P29) “Gostaria de ser capaz de ter um melhor diálogo uma melhor comunicação com os doentes que futuramente irei lidar.” (P42) “Pessoa mais atenta quanto às necessidades dos outros.” (P6)	27	30,00
Autoestima/ autoconfiança/ segurança	“Ser mais confiante naquilo que faço.” (P2) “A autoconfiança no cuidar.” (P27) “Ter mais confiança em mim própria e nas minhas capacidades.” (P28) “Gostaria de me sentir mais à vontade com as pessoas para que se sintam bem comigo. Acho que isso também é importante no acto de cuidar, não só o procedimento em si, mas também o sentir-se bem, dentro do possível, num momento menos bom.” (P54) “Gostaria de ser menos tímida...”(P15) (P18) (P11)	16	17,78
Empatia e relação de ajuda	“...mais empática.” (P26) “Conseguir aproximar-me mais facilmente das pessoas, através da empatia” (P34) “A capacidade de aceitação do outro no seu todo...” (P50) “...conseguir encontrar empatia com as pessoas com quem me irei relacionar na minha profissão.” (P61)	11	12,22
Competência emocional	“... aprender a controlar as minhas emoções face a uma situação de tristeza e angústia.” (P12) “O controlo das minhas emoções perante situações complicadas em ensino clínico.” (P17) “Gostaria de melhorar... a forma como me deixo afectar pelos problemas dos outros.” (P36)	7	7,78
Assertividade	“...ser assertivo com os clientes.” (P1) (P50) “Gostaria de ter uma maior abertura com as pessoas de quem vou cuidar...” (P43) (P18)	7	7,78
Interação com o outro	“Melhorias nos relacionamentos e intervenções.” (P14) “Adquirir capacidade para poder aplicar todos os conhecimentos nomeadamente a nível relacional de forma correta com vista a um maior bem-estar pessoal, profissional e também dos próprios doentes.” (P21) “De uma forma geral gostava de conseguir lidar com o cliente de uma melhor forma.” (P37)	6	6,67
Intervenção/cuidados de enfermagem	“Na execução das técnicas...” (P3) “Melhorar o método de prestação de cuidados para com os doentes.” (P53) “Gostaria de melhorar a qualidade dos serviços de enfermagem.” (P32)	6	6,67
Compreensão do outro	“Compreender o outro...” (P13) “No final do programa, espero saber como ajudar o outro e não ter dificuldade em compreender o motivo que o leva a procurar ajuda.” (P39) “Gostaria de ter mais facilidade em entender e ser entendida.” (P49)	5	5,55
Trabalho em equipa	“...trabalho de equipa.” (P10) “Desenvolvimento das capacidades de... trabalho em grupo.” (P24) “Gostaria de ser capaz de trabalhar em equipa de uma forma eficaz...” (P35)	3	3,33
Capacidade para lidar com situações difíceis	“A minha capacidade de lidar com situações difíceis” (P1) “Gostaria que no final do programa de intervenção, conseguisse ser mais empática e saber como agir em situações difíceis e constrangedoras.” (P41)	2	2,22
Total		90	100

3.2. Avaliação das sessões

No que diz respeito à avaliação das sessões (avaliação contínua do programa), os estudantes do GE preencheram individualmente a Ficha de avaliação da sessão que é constituída por quatro questões abertas, tendo a investigadora decidido, para a sua análise de conteúdo, recorrer à utilização de categorias e respetivas unidades de frequência para cada uma das questões.

Na Tabela 10 são apresentados os resultados da análise de conteúdo referente à avaliação da Sessão 2, verificando-se através das categorias de resposta que a aprendizagem dos estudantes sobre a Comunicação se centrou essencialmente na inevitabilidade da comunicação, na isenção de juízos de valor e na comunicação não-verbal como determinante da mensagem.

Os aspetos considerados mais interessantes são, claramente, as estratégias ativas utilizadas na sessão. São referidas em 46 unidades de frequência, contribuindo para tal as categorias das dinâmicas “É impossível não comunicar”, “Elogios e/ou qualidades”, “História da máquina registadora” e História “O acidente”; dos jogos (indiferenciados) e da dinâmica da sessão (abordagem diferente).

Como contributos para a vida pessoal os estudantes apontam a isenção de juízos de valor, a valorização da comunicação não-verbal e a melhoria da interação social, sendo semelhantes os contributos para a vida profissional onde apontam a consciencialização do valor da comunicação não-verbal e da influência dos juízos de valor na prática de enfermagem (Tabela 10).

Tabela 10 – Categorias e unidades de frequência relativas à avaliação da Sessão 2 (n=62)

Questão	Categorias	Unidades de frequência
O que aprendeu	Inevitabilidade da comunicação	29
	Isenção de juízos de valor	27
	Comunicação não-verbal determina a mensagem	20
	Valor do elogio ao outro	16
	Distorção da comunicação	12
	Barreiras da comunicação (interferência cuidados de enfermagem)	3
O que considerou mais interessante	Dramatização: “É impossível não comunicar”	11
	Dinâmica de grupo: “Elogios e/ou qualidades”	10
	Dinâmica de grupo: “História da máquina registradora”	5
	Dinâmica de grupo: História “O acidente”	4
	Jogos	8
	Dinâmica da sessão (abordagem diferente)	8
	Impossibilidade de não comunicar	5
	Consciencialização da influência dos juízos de valor na comunicação	4
	Elogiar o outro	4
	Análise e discussão dos jogos	3
	Distorção da comunicação	2
	Descoberta de diferentes formas de comunicação	2
Utilidade para a vida pessoal	Isenção de juízos de valor	18
	Valorização da comunicação não-verbal	17
	Melhoria da interação social	16
	Importância do elogio na interação social	7
	Valorar/estar atento à mensagem transmitida	4
	Respeitar o outro	1
	Tornar-se mais confiante	1
Utilidade para a vida profissional	Consciencialização do valor da comunicação não-verbal na prática de enfermagem	22
	Consciencialização da influência dos juízos de valor na prática de enfermagem	19
	Permitiu um novo olhar sobre a comunicação	6
	Importância do elogio na relação terapêutica	6
	Melhorar a comunicação com colegas e pessoa doente	5
	Melhorar os cuidados de enfermagem	3

Na Sessão 3 relativa ao desenvolvimento da componente emocional, a Tabela 11 mostra que os estudantes evidenciam como significativo na sua aprendizagem as categorias de resultados: emoção essencial à vida e à tomada de decisão, confiar em si e nos outros e expressar emoções. As dinâmicas ativas utilizadas continuam a ser vistas como muito interessantes, correspondendo as categorias Abismo, Lenda da Atlântica e jogos (indiferenciados), a 53 unidades de frequência. Ainda pela análise da Tabela 11, constata-se que a utilidade da sessão para a vida pessoal está em compreender/identificar adequadamente o que sente o próprio e o outro, em aprender a gerir emoções e em desenvolver a confiança, enquanto a utilidade da mesma para a vida profissional se situa claramente em compreender/percecionar/identificar/sintonizar a emoção do doente.

Tabela 11 – Categorias e unidades de frequência relativas à avaliação da Sessão 3 (n=60)

Questão	Categorias	Unidades de frequência
O que aprendeu	Emoção essencial à vida e à tomada de decisão	24
	Confiar em si e nos outros	17
	Expressar emoções	15
	Como a comunicação está afeta à emoção	11
	Identificar emoções	10
	Nem sempre é fácil reconhecer e dar nome à emoção	9
	Gestão de emoções	9
O que considerou mais interessante	Dinâmica de grupo: “Abismo”	27
	História “A lenda da Atlântida”	19
	Jogos	6
	Influência das emoções na vida	5
	Dinâmica da sessão	4
	Caso Elliot	4
Utilidade para a vida pessoal	Compreender/identificar adequadamente o que sente o próprio e o outro	15
	Aprender a gerir emoções	14
	Desenvolver a confiança	13
	Aprender a expressar emoções	10
	Consciencialização da importância das emoções na vida da pessoa	8
	Consciencialização da relação entre expressão da emoção e comunicação não-verbal	8
	Melhorar a interação social	2
Utilidade para a vida profissional	Compreender/percecionar/identificar/sintonizar a emoção do doente	37
	Desenvolver/transmitir confiança	9
	Gerir emoções	8
	Consciencialização da expressão da emoção na relação com o outro	5
	Melhorar o Cuidar em Enfermagem	2

Na Sessão 4, Trabalho de Grupo/em equipa (cooperação), a aprendizagem dos participantes foi apontada a nível da importância e significado da cooperação e de melhorar resultados através da cooperação. O que consideraram mais interessante foi o jogo da cooperação, o jogo dos quadrados e os jogos (genericamente). A utilidade para a vida pessoal centrou-se na valorização da cooperação para o sucesso comum e, para a vida profissional, centrou-se na consciencialização da importância da cooperação na equipa multidisciplinar e benefício para o doente e aprender a trabalhar em equipa (Tabela 12).

Tabela 12 – Categorias e unidades de frequência relativas à avaliação da Sessão 4 (n=62)

Questão	Categorias	Unidades de frequência
O que aprendeu	Importância e significado da cooperação	34
	Melhorar resultados através da cooperação	20
	Valor da cooperação no trabalho de grupo	12
	Valor da cooperação na relação interpessoal	3
O que considerou mais interessante	“Jogo de cooperação”	19
	“Jogo dos quadrados”	18
	Jogos	10
	Melhorar os resultados através da cooperação	6
	Análise e discussão dos jogos	5
	Dinâmica da sessão	4
Utilidade para a vida pessoal	Valorização da cooperação para o sucesso comum	28
	Desenvolvimento da interajuda, solidariedade, disponibilidade, altruísmo	15
	Melhorar a interação social	9
	Trabalhar em grupo	4
Utilidade para a vida profissional	Consciencialização da importância da cooperação na equipa multidisciplinar e benefício para o doente	28
	Aprender a trabalhar em equipa	18
	Melhorar a interação entre profissionais	11

Na opinião dos participantes, na Sessão 5 (Tabela 13), aprenderam a distinguir empatia de simpatia e a valorizar a empatia na vida, ou seja, na relação interpessoal com o outro; apreciaram claramente o “Jogo das figuras geométricas” uma vez que este permitiu pôr em prática a necessidade de empatia, escuta, compreensão e atenção; consideraram com utilidade para a melhoria do relacionamento interpessoal (nível pessoal) e para a valoração da comunicação empática com o doente e família (nível profissional).

Tabela 13 – Categorias e unidades de frequência relativas à avaliação da Sessão 5 ($n=54$)

Questão	Categorias	Unidades de frequência
O que aprendeu	Diferença entre empatia e simpatia	25
	Importância/valor da empatia na vida, na relação com o outro	24
	Reconhecimento de competências essenciais à empatia	16
	Empatia como essencial à qualidade dos cuidados de enfermagem	5
	Respeito pela tomada de decisão do outro	4
O que considerou mais interessante	“Jogo das figuras geométricas” (permitiu pôr em prática a necessidade de empatia, escuta, compreensão e atenção)	28
	Significado da empatia	10
	Apresentação tema, análise e discussão dos jogos	8
	Dinâmica da sessão	4
Utilidade para a vida pessoal	Melhorar o relacionamento interpessoal	26
	Valor da comunicação empática e da resposta empática	12
	Distinção entre empatia e simpatia	5
	Importância da isenção de juízos de valor	3
Utilidade para a vida profissional	Valor da comunicação empática	24
	Reconhecer a escuta e empatia como essenciais à qualidade dos cuidados de enfermagem	13
	Importância do tempo para escutar o doente	7
	Favorecer a relação de ajuda	6
	Melhorar o relacionamento interpessoal com utentes e profissionais	5

Relativamente à Sessão 6, dedicada ao autoconceito e autoconhecimento, os participantes são de opinião que a aprendizagem mais relevante foi nitidamente o desenvolvimento do autoconhecimento. As dinâmicas utilizadas continuam a ser aquilo que os participantes mais apreciam, considerando que a sessão foi útil para melhorar o auto e heteroconhecimento e que isso terá reflexo, quer nas relações interpessoais (pessoais e profissionais), quer na qualidade dos cuidados de enfermagem que irão prestar no futuro (Tabela 14).

Tabela 14 – Categorias e unidades de frequência relativas à avaliação da Sessão 6 (n=60)

Questão	Categorias	Unidades de frequência
O que aprendeu	Desenvolver o autoconhecimento	39
	Influência do pensamento sobre a apreciação que os outros fazem de si	11
	Janela Johari (a imagem que temos de nós nem sempre corresponde aquilo que os outros vêem)	7
	Valorizar as minhas capacidades	6
	Expor opinião sobre si e sobre os outros	3
O que considerou mais interessante	Jogo “O Rei vai nu”	24
	Jogo “O conhecimento pessoal	12
	Teste “Janela de Johari”	10
	Análise e discussão dos jogos	9
	Atribuição de características a si e aos outros	9
Utilidade para a vida pessoal	Jogos	4
	Melhorar o auto e heteroconhecimento	32
	Melhorar a relação interpessoal	20
	Pensamento diferente acerca de si próprio	6
	Conhecimento de que o modo como nos vemos e como nos vêm interfere nas nossas ações	5
Utilidade para a vida profissional	Melhorar a autoestima/autoconceito/autoconfiança	5
	Valorar a opinião pessoal/aceitar a opinião dos outros sobre si	3
	Melhorar o autoconhecimento, favorecer o heteroconhecimento, para favorecer a qualidades dos cuidados	24
	Melhorar o autoconhecimento para favorecer a relação interpessoal com profissionais e doentes	14
	Estar bem comigo porque favorece a qualidades dos cuidados	9
	Autoconceito e sucesso pessoal	4

A assertividade foi a competência desenvolvida na Sessão 7, tendo os participantes, de acordo com as categorias de resposta expostas na Tabela 15, aprendido a destriça entre comportamento assertivo, passivo e agressivo, considerando que a sua forma de abordagem, através da resolução de situações problema, foi o mais interessante e que a sua utilidade se centrou inequivocamente (35 unidades de frequência) no desenvolvimento da capacidade de ser assertivo (pessoal), sendo essa capacidade determinante para o processo terapêutico do doente, quer a nível das intervenções de enfermagem, quer a nível do envolvimento e adesão do doente nesse processo e que terá reflexo na melhoria do relacionamento interpessoal (pessoal e profissional).

Tabela 15 – Categorias e unidades de frequência relativas à avaliação da Sessão 7 (n=59)

Questão	Categorias	Unidades de frequência
O que aprendeu	Diferença entre comportamento assertivo, passivo e agressivo	21
	Conceito de assertividade	16
	Ser assertivo (resposta assertiva)	15
	Importância/valor da assertividade na vida, nas relações interpessoais	14
	Influência da autoestima no tipo de comportamento	2
O que considerou mais interessante	Resolução de situações problema	31
	Identificar o tipo de resposta assertiva/passiva/agressiva	16
	Elaboração de resposta assertiva	9
	Dinâmica da sessão	6
	Consciencializar do valor da assertividade no dia-a-dia	4
	Trabalho em equipa	2
Utilidade para a vida pessoal	Ser assertivo	35
	Desenvolver a assertividade para melhorar o relacionamento interpessoal	17
	Assertividade par ser ouvido e para atingir os objetivos /sucesso	5
	Melhorar o autoconhecimento	2
Utilidade para a vida profissional	Ser assertivo com o doente – expor a sua opinião (aconselhamento) respeitando o doente	21
	Ser assertivo com o doente no sentido do seu maior envolvimento terapêutico e maior responsabilização no processo terapêutico	11
	Ser assertivo com o doente sendo autêntico melhorando o relacionamento interpessoal	11
	Melhorar o relacionamento interpessoal com utentes e profissionais	5

No que respeita à Sessão 8, os resultados apresentados na Tabela 16 mostram que em 41 unidades de frequência os participantes expressam que aprenderam a realizar entrevista terapêutica em enfermagem de forma eficaz, que o roleplay de entrevista em enfermagem foi o mais interessante (37 unidades de frequência) e que a sessão foi útil para o desenvolvimento da capacidade de comunicar adequadamente (28 unidades de frequência) e na realização de uma entrevista em enfermagem de forma eficaz (21 unidades de frequência) e a sua imprescindibilidade para o cuidar em enfermagem (16 unidades de frequência).

Tabela 16 – Categorias e unidades de frequência **relativas à avaliação da Sessão 8 (n=57)**

Questão	Categorias	Unidades de frequência
O que aprendeu	Realizar entrevista terapêutica em enfermagem de forma eficaz	41
	Consciencializar-se da comunicação (verbal e não verbal) durante a entrevista	13
	Necessidade/ dificuldade em ser assertivo	5
	Valorizar o respeito pela pessoa durante a entrevista	4
	Importância de saber comunicar	2
O que considerou mais interessante	Roleplay de entrevista em enfermagem	37
	Análise e discussão do roleplay	12
	Consciencializar das dificuldades na realização a entrevista	9
	Dificuldade na resposta assertiva	5
	Influência da comunicação, capacidade escuta, entre outras na relação e ajuda	3
	Falta de voluntariado para atividade a poucas semanas do início do EC	3
Utilidade para a vida pessoal	Componente teórica	3
	Comunicar adequadamente	28
	Valorizar aspetos da comunicação que passavam despercebidos	9
	Ajudar um amigo ou familiar	6
	Sem utilidade para a vida pessoal	5
Utilidade para a vida profissional	Melhorar a assertividade	3
	Aprendizagem de como realizar uma entrevista em enfermagem de forma eficaz	21
	Imprescindibilidade da entrevista para o cuidar em Enfermagem	16
	Identificação de erros na comunicação, de juízos de valor	8
	Importância da entrevista no processo terapêutico	7
	Melhorar o desempenho em EC	4

O resultado da análise de conteúdo através das categorias de resposta relativas à Sessão 9 (Tabela 17) mostra que os estudantes evidenciam como significativo na sua aprendizagem o desenvolvimento da capacidade de ser empático em relação de ajuda (resposta empática); como utilidade em termos pessoais na melhoria do relacionamento interpessoal; e em termos profissionais no reconhecimento da empatia e relação de ajuda como essenciais à qualidade dos cuidados em Enfermagem. Efetivamente, as dinâmicas ativas utilizadas continuam a ser destacadas pelos participantes como o aspeto mais interessante.

Tabela 17 – Categorias e unidades de frequência relativas à avaliação da Sessão 9 (n=40)

Questão	Categorias	Unidades de frequência
O que aprendeu	Ser empático em relação de ajuda (resposta empática)	16
	Imprescindibilidade da empatia em relação de ajuda e qualidade de cuidados em enfermagem	7
	Consciencializar das dificuldades na resposta empática	5
	Realizar um a entrevista	4
	Significado da empatia	3
	Importância da empatia nas relações interpessoais	3
O que considerou mais interessante	Roleplay de entrevista em enfermagem	16
	Elaboração da resposta empática	11
	Análise e discussão	11
	Importância da empatia na relação de ajuda	4
Utilidade para a vida pessoal	Melhorar relacionamento interpessoal	23
	Ajudar um amigo ou familiar	10
	Ser empático	3
	Sem utilidade para a vida pessoal	2
Utilidade para a vida profissional	Reconhecer empatia e relação de ajuda como essenciais à qualidade dos cuidados em Enfermagem	20
	Capacidade de comunicar sem juízos de valor sintonizar a emoção do doente	8
	Favorecer a relação de ajuda	7
	Melhorar o desempenho em EC	3

3.3. Avaliação global do programa

Na última sessão do programa “Cuidar-se para Saber Cuidar” os estudantes que constituiriam o GE (n=62 estudantes) fizeram a sua avaliação através da Ficha de avaliação global do programa e cujos resultados se apresentam de seguida.

Relativamente às sessões, a avaliação efetuada pelos estudantes é globalmente muito positiva (Tabela 18). A grande maioria dos participantes classifica a ligação dos conteúdos das sessões com as situações reais como boa (51,6%) ou muito boa (43,5%); as dinâmicas e atividades utilizadas nas sessões como boas (58,1%) ou muito boas (22,6%); os conhecimentos adquiridos como

bons (58,1%) ou muito bons (22,6%); e a articulação entre componente teórica e as dinâmicas utilizadas como boa (53,2%) ou muito boa (32,3%).

Tabela 18 – Resultados da avaliação das sessões

		n total = 62	
		n	%
Ligação dos conteúdos das sessões com as situações reais			
Mau			
Medíocre			
Suficiente			
Bom			
Muito bom			
		1	1,6
		2	3,2
		32	51,6
		27	43,5
Dinâmicas/atividades utilizadas nas sessões			
Mau			
Medíocre			
Suficiente			
Bom			
Muito bom			
		12	19,4
		36	58,1
		14	22,6
Conhecimentos adquiridos			
Mau			
Medíocre			
Suficiente			
Bom			
Muito bom			
		12	19,4
		36	58,1
		14	22,6
Articulação entre componente teórica e as dinâmicas utilizadas			
Mau			
Medíocre			
Suficiente			
Bom			
Muito bom			
		9	14,5
		33	53,2
		20	32,3

No que se refere às metodologias utilizadas durante o programa, também aqui a avaliação é claramente positiva, com 56,5% dos estudantes a considerarem uma boa adequação nas dinâmicas utilizadas para desenvolver as competências, 30,6% muito boa e 12,9% suficiente. Quanto à adequação das tarefas para casa 51,6% consideram-na boa, 25,8% suficiente, 21,0% muito boa e 1,6% medíocre (Tabela 19).

Tabela 19 – Resultados da avaliação da metodologia utilizada

<i>n</i> total = 62		
	<i>n</i>	%
Adequação das dinâmicas utilizadas para desenvolver as competências		
Mau		
Medíocre		
Suficiente	8	12,9
Bom	35	56,5
Muito bom	19	30,6
Adequação das TPC		
Mau		
Medíocre	1	1,6
Suficiente	16	25,8
Bom	32	51,6
Muito bom	13	21,0

Quando inquiridos sobre o relacionamento entre o grupo de participantes, qualificam-no como bom 58,1%, muito bom 17,7% e suficiente 22,6% (medíocre tem um valor residual de 1,6%). Já relativamente ao relacionamento entre si e os outros, os participantes consideraram-no como bom (56,5%), muito bom (22,6%) ou suficiente (21,0%). No que concerne ao relacionamento entre a dinamizadora e os participantes, 56,5% dos estudantes classificam-no como bom, 33,9% como muito bom e 9,7% como suficiente (Tabela 20).

Tabela 20 – Resultados da avaliação do relacionamento

<i>n</i> total = 62		
	<i>n</i>	%
Relacionamento entre os participantes		
Mau		
Medíocre	1	1,6
Suficiente	14	22,6
Bom	36	58,1
Muito bom	11	17,7
Relacionamento entre eu e os outros		
Mau		
Medíocre		
Suficiente	13	21,0
Bom	35	56,5
Muito bom	14	22,6
Relacionamento entre dinamizadora e participantes		
Mau		
Medíocre		
Suficiente	6	9,7
Bom	35	56,5
Muito bom	21	33,9

Interessou-nos também conhecer a opinião dos participantes acerca da dinamizadora do programa. Pela análise da Tabela 21 verificamos ser francamente positiva, quer no que se refere à competência (muito bom 50,0%;

bom 46,8%), quer no que se refere à preparação científica (muito bom 54,8%; bom 45,2%).

Tabela 21 – Resultados da avaliação da dinamizadora

<i>n</i> total = 62		
	<i>n</i>	%
Competência da dinamizadora		
Mau		
Medíocre		
Suficiente	2	3,2
Bom	29	46,8
Muito bom	31	50,0
Preparação científica da dinamizadora		
Mau		
Medíocre		
Suficiente		
Bom	28	45,2
Muito bom	34	54,8

Importou-nos também conhecer a avaliação que o próprio estudante fez da sua participação no programa. Verificamos pela leitura da Tabela 22, que uma grande maioria esteve motivada para participar nas sessões (boa motivação 46,8% e muito boa 25,8%) e demonstrou interesse nos conteúdos analisados nas mesmas (bom 53,2% e muito bom 29,0%).

Tabela 22 – Resultados da avaliação da participação do estudante

<i>n</i> total = 62		
	<i>n</i>	%
Motivação para participar nas sessões		
Mau		
Medíocre	1	1,6
Suficiente	16	25,8
Bom	29	46,8
Muito bom	16	25,8
Interesse nas sessões/conteúdos		
Mau		
Medíocre	1	1,6
Suficiente	10	16,1
Bom	33	53,2
Muito bom	18	29,0

O item relativo à adequação do espaço físico, embora com uma avaliação positiva, é o item que obtém a classificação mais baixa relativamente aos outros itens que constituíram a avaliação programa. Deste modo, 58,1% qualificam-no como suficiente e 30,6% como bom, outros como medíocre (6,5%) e mau (3,2%), conforme mostra a Tabela 23.

Tabela 23 – Resultados da avaliação do espaço físico

	<i>n</i> total = 62	
	<i>n</i>	%
Adequação do espaço físico		
Mau	2	3,2
Medíocre	4	6,5
Suficiente	36	58,1
Bom	19	30,6
Muito bom	1	1,6

A Tabela 24 contém os resultados da avaliação geral efetuada pelos estudantes ao programa que, conforme se pode constatar, é claramente muito positiva. Deste modo, a adequabilidade das temáticas e das competências analisadas ao longo das sessões é considerada pela larga maioria de participantes como boa (54,8%) e muito boa (32,3%). A durabilidade do programa é também classificada pela maioria como boa (56,5%) e suficiente (32,3%), embora outros a classificassem como muito boa (8,15) e medíocre (3,2%).

Quando questionados acerca do contributo do programa para a sua formação pessoal, a grande maioria dos inquiridos respondeu ser boa (50,0%) ou muito boa (38,7%) e, relativamente ao contributo do programa para a sua formação em enfermagem, os valores são um pouco mais elevados, com 51,6% a considerarem-no muito bom e 41,6% bom (Tabela 24).

O indicador da consecução das expectativas iniciais acerca do programa de intervenção revela que esta foi boa para 62,9% dos participantes, muito boa para 17,7% e suficiente para 19,4% (Tabela 24).

Na apreciação do item referente à avaliação global do programa (Tabela 24), mais uma vez a grande maioria dos participantes (cerca de 95%) são de opinião que foi bom (67,7%) ou muito bom (27,4%).

Tabela 24 – Resultados da avaliação geral do programa

<i>n</i> total = 62		
	<i>n</i>	%
Adequação das temáticas/competências do programa		
Mau		
Medíocre		
Suficiente	8	12,9
Bom	34	54,8
Muito bom	20	32,3
Duração do programa		
Mau		
Medíocre	2	3,2
Suficiente	20	32,3
Bom	35	56,5
Muito bom	5	8,1
Contributo do programa para a sua formação pessoal		
Mau		
Medíocre		
Suficiente	7	11,3
Bom	31	50,0
Muito bom	24	38,7
Contributo do programa para a sua formação em enfermagem		
Mau		
Medíocre		
Suficiente	4	6,5
Bom	26	41,9
Muito bom	32	51,6
Consecução das expectativas		
Mau		
Medíocre		
Suficiente	12	19,4
Bom	39	62,9
Muito bom	11	17,7
Apreciação global do programa		
Mau		
Medíocre		
Suficiente	3	4,8
Bom	42	67,7
Muito bom	17	27,4

Interessou-nos também conhecer o nível de desenvolvimento de competências atingido pelos participantes. Na sua opinião, para a competência comunicacional foi bom para 53,2%, muito bom para 17,7% e suficiente para 27,4% dos estudantes (Tabela 25). A competência emocional conseguiu também níveis de desenvolvimento de bom (48,4%), muito bom (27,4%) e suficiente (24,2%).

No que concerne à competência de escuta, 50% dos participantes consideram ter alcançado o nível bom, 27,4% o nível muito bom e 2,2% o nível suficiente. Já relativamente à competência empática, 51,6% posiciona-se no bom, 24,2% no muito bom, 22,6% no suficiente e ainda 1,6% no medíocre (Tabela 25).

Tabela 25 – Resultados da avaliação do desenvolvimento de competências

Desenvolvimento da minha competência		n total = 62	
		n	%
Comunicacional			
	Mau		
	Medíocre	1	1,6
	Suficiente	17	27,4
	Bom	33	53,2
	Muito bom	11	17,7
Emocional			
	Mau		
	Medíocre		
	Suficiente	15	24,2
	Bom	30	48,4
	Muito bom	17	27,4
Escuta			
	Mau		
	Medíocre		
	Suficiente	9	14,5
	Bom	31	50,0
	Muito bom	22	35,5
Empatia			
	Mau		
	Medíocre	1	1,6
	Suficiente	14	22,6
	Bom	32	51,6
	Muito bom	15	24,2

Na continuação da análise do desenvolvimento de competências, é opinião da maioria dos estudantes do GE, que na cooperação foi alcançado o nível bom em 62,9%, o muito bom em 22,6% e o suficiente em 14,5% dos casos. No que se refere à assertividade, 48,4% classificam como bom o seu desenvolvimento, 21,0% como muito bom e 27,4% como suficiente. Contudo 3,2% consideram ainda ter um desenvolvimento medíocre nesta competência (Tabela 26).

Ainda pela observação da Tabela 26, é de notar que as competências a utilizar na entrevista de enfermagem são apontadas como estando no nível bom para 53,2% dos estudantes, no nível suficiente para 43,5% e apenas 3,2% alcançam o nível muito bom. Na apreciação das competências necessárias à relação de ajuda a maioria dos inquiridos considera-se num patamar de bom (41,6%) e de muito bom (30,6%).

Tabela 26 – Resultados da avaliação do desenvolvimento de competências

Desenvolvimento da minha competência		n total = 62	
		n	%
Cooperação			
Mau			
Medíocre			
Suficiente		9	14,5
Bom		39	62,9
Muito bom		14	22,6
Assertividade			
Mau			
Medíocre		2	3,2
Suficiente		17	27,4
Bom		30	48,4
Muito bom		13	21,0
Entrevista em enfermagem			
Mau			
Medíocre			
Suficiente		27	43,5
Bom		33	53,2
Muito bom		2	3,2
Relação de ajuda			
Mau			
Medíocre			
Suficiente		11	17,7
Bom		32	51,6
Muito bom		19	30,6

3.4. Antes e depois: os resultados do programa

Depois de realizado o programa, foram avaliadas as variáveis em estudo e efetuado o seu estudo comparativo com o momento inicial nos grupos de controlo e experimental.

Os resultados expostos no Quadro 15 revelam que a aceitação social, a autoeficácia, a maturidade psicológica, a impulsividade e o autoconceito (total), não se mostram significativamente diferentes no GC e no GE antes e depois da intervenção.

Quadro 15 – Resultados da aplicação do teste t para amostras independentes relativo ao autoconceito e suas dimensões entre o grupo de controlo e o grupo experimental antes e depois da intervenção

ICAC e dimensões	Momento	Grupo	n	Média	Dp	t	p
F1 – Aceitação social	Antes	Controlo	42	18,023	2,454	0,486	0,628
		Experimental	62	17,790	2,368		
	Depois	Controlo	42	17,761	2,069	-0,659	0,511
		Experimental	62	18,048	2,242		
F2 – Autoeficácia	Antes	Controlo	42	21,833	2,603	0,242	0,810
		Experimental	62	21,709	2,531		
	Depois	Controlo	42	22,071	2,190	-0,476	0,635
		Experimental	62	22,274	2,089		
F3 – Maturidade psicológica	Antes	Controlo	42	15,047	1,937	0,340	0,735
		Experimental	62	14,919	1,858		
	Depois	Controlo	42	14,952	1,793	0,749	0,456
		Experimental	62	14,693	1,684		
F4 – Impulsividade	Antes	Controlo	42	11,166	1,560	-0,848	0,399
		Experimental	62	11,419	1,443		
	Depois	Controlo	42	11,095	1,410	-0,301	0,764
		Experimental	62	11,177	1,337		
ICAC – Total	Antes	Controlo	42	74,119	7,516	0,361	0,719
		Experimental	62	73,629	6,249		
	Depois	Controlo	42	73,881	6,409	-0,288	0,774
		Experimental	62	74,241	6,176		

No entanto, a comparação dos grupos entre si, antes e depois da intervenção, revela uma diferença significativa na autoeficácia dos indivíduos do GE e a não existência de diferenças significativas no GC entre os dois momentos. Ainda no GE, verifica-se um aumento da diferença das médias no autoconceito (total) e na dimensão aceitação social, e uma diminuição na dimensão impulsividade, do primeiro para o segundo momento de avaliação (Quadro 16).

Quadro 16 – Resultados da aplicação do teste *t* para amostras emparelhadas relativo à comparação do autoconceito entre o 1º e o 2º momento de avaliação, no grupo de controlo e no grupo experimental

ICAC e dimensões	Grupo	<i>n</i>	Antes		Depois		<i>t</i>	<i>p</i>
			Média	Dp	Média	Dp		
F1 – Aceitação social	Controlo	42	18,023	2,454	17,761	2,069	0,819	0,418
	Experimental	62	17,790	2,368	18,048	2,242	-1,296	0,200
F2 – Autoeficácia	Controlo	42	21,833	2,603	22,071	2,190	-1,000	0,323
	Experimental	62	21,709	2,531	22,274	2,089	-2,823	0,006(*)
F3 – Maturidade psicológica	Controlo	42	15,047	1,937	14,952	1,793	0,467	0,643
	Experimental	62	14,919	1,858	14,693	1,684	1,116	0,269
F4 – Impulsividade	Controlo	42	11,166	1,560	11,095	1,410	0,292	0,771
	Experimental	62	11,419	1,443	11,177	1,337	1,737	0,087
ICAC – Total	Controlo	42	74,119	7,516	73,881	6,409	0,315	0,755
	Experimental	62	73,629	6,249	74,241	6,176	-1,173	0,245

(*) $p < 0,05$

Os resultados emergentes do Quadro 17 mostram que a assertividade não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do GC e os do GE antes da intervenção, nem depois da mesma, embora a pontuação média da assertividade diminua no GC e aumente no GE depois da intervenção.

Quadro 17 – Resultados da aplicação do teste *t* para amostras independentes relativo à assertividade entre o grupo de controlo e o grupo experimental antes e depois da intervenção

RAS	Momento	Grupo	<i>n</i>	Média	Dp	<i>t</i>	<i>p</i>
Assertividade	Antes	Controlo	42	3,928	19,700	1,592	0,114
		Experimental	62	-2,290	19,440		
	Depois	Controlo	42	2,809	18,416	-0,300	0,764
		Experimental	62	3,887	17,620		

Contudo, a categorização dos participantes em assertivos e não assertivos, possibilitada pela RAS, evidencia um aumento do número de indivíduos assertivos no GE após o programa de intervenção, ou seja, do ponto de vista da estatística descritiva revela a existência de uma tendência para a diferença entre os grupos após a intervenção, embora ainda não se revele significativa do ponto de vista inferencial (Quadro 18). Tendência também evidenciada pelo valor do χ^2 que é mais elevado depois da intervenção do que o valor antes da intervenção.

Quadro 18 – Resultados da aplicação do teste de Qui-quadrado relativo na categorização da assertividade entre o grupo de controlo e o grupo experimental antes e depois da intervenção

RAS (categorias)	Momento	Grupo				Total		χ^2	p
		Controlo		Experimental					
		n	%	n	%	n	%		
Assertivo	Antes	32	76,2	47	75,8	79	76,0	0,002	0,964
Não assertivo		10	23,8	15	24,2	25	24,0		
Total		42	100,0	62	100,0	104	100,0		
Assertivo	Depois	31	73,8	51	82,3	82	78,8	1,072	0,301
Não assertivo		11	26,2	11	17,7	22	21,2		
Total		42	100,0	62	100,0	104	100,0		

O Quadro 19 mostra que a assertividade dos participantes do GE tem uma evolução significativa entre os momentos antes e depois da realização do programa de intervenção, situação que não se verifica no GC.

Quadro 19 – Resultados da aplicação do teste t para amostras emparelhadas relativo à comparação da assertividade entre o 1º e o 2º momento de avaliação, no grupo de controlo e no grupo experimental

RAS	Grupo	n	Antes		Depois		t	p
			Média	Dp	Média	Dp		
Assertividade	Controlo	42	3,928	19,700	2,809	18,416	0,715	0,476
	Experimental	62	-2,290	19,440	3,887	17,620	-3,491	0,001(*)

(*) $p < 0,05$

Relativamente à alexitimia (TAS-20) e às dimensões: dificuldade em identificar sentimentos, dificuldade em descrever sentimentos e pensamento orientado externamente, verifica-se pela leitura do Quadro 20, que não existindo diferença significativa entre os grupos antes da realização do programa de intervenção, após a sua realização este produziu diferenças estatisticamente significativas nas dimensões dificuldade em descrever sentimentos (F2) pensamento orientado externamente (F3) e na alexitimia (total). Constata-se, também, que após a intervenção as médias das diferenças diminuem no GE (pontuações mais baixas correspondem a indivíduos com menores índices de alexitimia) o que não se verifica no GC.

Quadro 20 – Resultados da aplicação do teste *t* para amostras independentes relativo à alexitimia e suas dimensões entre o grupo de controlo e o grupo experimental antes e depois da intervenção

TAS-20 e dimensões	Momento	Grupo	<i>n</i>	Média	Dp	<i>t</i>	<i>p</i>
F1 – Dificuldade em identificar sentimentos	Antes	Controlo	42	17,785	5,247	-1,738	0,085
		Experimental	62	19,677	5,574		
	Depois	Controlo	42	19,214	5,563	1,538	0,127
		Experimental	62	17,483	5,676		
F2 – Dificuldade em descrever sentimentos	Antes	Controlo	42	14,047	3,837	-0,674	0,502
		Experimental	62	14,612	4,425		
	Depois	Controlo	42	14,547	3,479	2,166	0,033(*)
		Experimental	62	13,000	3,710		
F3 – Pensamento orientado externamente	Antes	Controlo	42	18,357	4,101	-0,968	0,335
		Experimental	62	19,145	4,056		
	Depois	Controlo	42	19,285	3,903	2,583	0,012(*)
		Experimental	62	17,306	3,731		
TAS-20 – Total	Antes	Controlo	42	50,190	10,881	-1,511	0,134
		Experimental	62	53,435	10,651		
	Depois	Controlo	42	53,047	10,009	2,595	0,011(*)
		Experimental	62	47,790	10,321		

(*) $p < 0,05$

O Quadro 21 mostra, na categorização dos indivíduos em claramente sem alexitimia, com alexitimia moderada e claramente com alexitimia, que o programa de intervenção produziu resultados estatisticamente significativos no GE, constatando-se uma manifesta diminuição na percentagem de indivíduos claramente com alexitimia no GE (de 33,9% para 14,5%), bem como um aumento na percentagem de indivíduos claramente sem alexitimia (de 41,9% para 62,9%) e o inverso no GC.

Quadro 21 – Resultados da aplicação do teste de Qui-quadrado relativo à categorização da alexitimia no grupo de controlo e no grupo experimental antes e depois da intervenção

TAS-20 (categorias)	Momento	Grupo				Total		χ^2	p
		Controlo		Experimental					
		n	%	n	%	n	%		
Sem alexitimia	Antes	20	47,6	26	41,9	46	44,2	2,906	0,234
Alexitimia moderada		14	33,3	15	24,2	29	27,9		
Com alexitimia		8	19,1	21	33,9	29	27,9		
Total		42	100,0	62	100,0	104	100,0		
Sem alexitimia	Depois	16	38,1	39	62,9	55	52,9	6,237	0,044(*)
Alexitimia moderada		15	35,7	14	22,6	29	27,9		
Com alexitimia		11	26,2	9	14,5	20	19,2		
Total		42	100,0	62	100,0	104	100,0		

(*) $p < 0,05$

A comparação da alexitimia entre cada um dos grupos, antes e depois da intervenção, mostra uma evolução significativa no GE na alexitimia e em todas as

dimensões (F1, F2, F3) do primeiro para o segundo momento de avaliação. Esta situação não ocorre no GC, à exceção da alexitimia (total), cuja diferença apresentada, apesar de tudo, é inferior à do GE (Quadro 22).

Quadro 22 – Resultados da aplicação do teste t para amostras emparelhadas relativo à comparação da alexitimia entre o 1º e o 2º momento de avaliação, no grupo de controlo e no grupo experimental

TAS-20 e dimensões	Grupo	n	Antes		Depois		t	p
			Média	Dp	Média	Dp		
F1 – Dificuldade em identificar sentimentos	Controlo	42	17,785	5,247	19,214	5,563	-1,937	0,060
	Experimental	62	19,677	5,574	17,483	5,676	3,242	0,002(*)
F2 – Dificuldade em descrever sentimentos	Controlo	42	14,047	3,837	14,547	3,479	-1,155	0,255
	Experimental	62	14,612	4,425	13,000	3,710	4,054	0,000(**)
F3 – Pensamento orientado externamente	Controlo	42	18,357	4,101	19,285	3,903	-1,750	0,088
	Experimental	62	19,145	4,056	17,306	3,731	3,586	0,001(*)
TAS-20 – Total	Controlo	42	50,190	10,881	53,047	10,009	-2,866	0,007(*)
	Experimental	62	53,435	10,651	47,790	10,321	4,623	0,000(**)

(*) $p < 0,05$

(**) $p < 0,001$

A análise dos resultados apresentados permite confirmar parcialmente a hipótese H2 – Há diferença no nível de desenvolvimento das competências pessoais e sociais (autoconceito, alexitimia e assertividade) entre os estudantes que apenas participaram nas atividades letivas previstas no plano de Estudos do CLE (GC) e os estudantes que participaram no programa de intervenção “Cuidar-se para Saber Cuidar” (GE) antes e depois da intervenção – dado se verificar no GE diferença a nível das dimensões dificuldade em descrever sentimentos (F2) pensamento orientado externamente (F3), na alexitimia (total), na categorização dos indivíduos em claramente sem alexitimia, com alexitimia moderada e claramente com alexitimia e tendência para a diferença a nível da assertividade.

Os resultados permitem também confirmar a hipótese H3 – Existe diferença no nível de desenvolvimento de competências pessoais e sociais (autoconceito, alexitimia e assertividade) antes e depois do desenvolvimento do programa de intervenção no GC e no GE – dadas as diferenças evidenciadas após a participação no programa de intervenção “Cuidar-se para Saber Cuidar” no GE, no que se refere à autoeficácia (F2), à assertividade, à dificuldade em identificar sentimentos (F1), à dificuldade em descrever sentimentos (F2), ao pensamento orientado externamente (F3) e à alexitimia (total).

CAPÍTULO V – ESTUDO 3: AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PESSOAIS, SOCIAIS E RELACIONAIS DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO

Concluída a realização do programa de intervenção, pretende-se neste capítulo apresentar os resultados do estudo de follow-up, realizado no final do primeiro ensino clínico, e que possam ser advindos da sua participação, privilegiando-se para tal diferentes formas de avaliação (auto e heteroavaliação) dos elementos que constituíram a amostra.

1. METODOLOGIA

No sentido de avaliar a efetividade do programa de intervenção “Cuidar-se para Saber Cuidar” desenvolvido, seguiu-se o estudo de natureza quasi-experimental, com os mesmos elementos constituintes dos grupos de controlo e experimental, objetivando as alterações que são efetivamente devidas à intervenção (validade interna), as implicações do programa no desenvolvimento de competências favorecedoras do desempenho em ensino clínico e a possibilidade de generalização dos resultados (validade externa; Cano, 2008).

1.1. Amostra

A amostra utilizada neste estudo é a mesma dos dois estudos anteriores, num total de 104 estudantes que constituem o GC (42 estudantes) e o GE (62 estudantes). Neste momento de avaliação, sensivelmente 6 meses após a participação no programa de intervenção, frequentam o 2º ano, 4º semestre e se encontram nas duas semanas finais do primeiro ensino clínico (Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem).

1.2. Procedimento

Na sequência dos procedimentos éticos já desenvolvidos nos estudos anteriores (consentimento informado e autorização da Presidente da Escola), foi também solicitada autorização ao professor responsável pela Unidade Curricular Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem.

Este estudo, para além da autoavaliação dos estudantes relativamente ao desenvolvimento das suas competências, prevê também a sua heteroavaliação,

havendo por isso necessidade de solicitar aos professores orientadores dos estudantes em ensino clínico que preenchessem a Escala de Avaliação da Comunicação Interpessoal (Lopes et al., 2011) relativa ao desempenho de cada um dos estudantes pertencentes à amostra.

1.3. Instrumentos de recolha de dados

No Estudo 3 foram utilizados instrumentos de recolha de dados de natureza quantitativa (descritos no Capítulo I – Metodologia) de auto e heteroavaliação das diversas competências em estudo, nos elementos dos grupos de controlo e experimental:

➤ Autoavaliação

- QSDCE;
- TAS-20 (Veríssimo, 2001b);
- RAS (Detry & Castro, 1996);
- ICAC (Vaz-Serra, 1986b);
- Inventário de Competências Relacionais e de Ajuda – ICRA (Ferreira et al., 2005).

➤ Heteroavaliação

- Interpersonal Communication Assessment Scale (ICAS) / Escala de Avaliação da Comunicação Interpessoal (Lopes et al., 2011).

Este último instrumento é preenchido pelos professores que orientam em ensino clínico os estudantes participantes na investigação, e é relativo ao desempenho desses mesmos estudantes.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Aproximadamente seis meses após a realização do programa de intervenção, coincidindo com o final do primeiro EC, as variáveis em estudo foram testadas no sentido de verificar as eventuais diferenças entre os dois grupos estudados.

Aprestaremos alguns quadros que agrupam os resultados obtidos entre os grupos de controlo e experimental, em cada um dos diferentes momentos de avaliação, no intuito de facilitar a observação, análise e comparação da evolução ocorrida durante a investigação.

Sendo a mesma amostra do Estudo 1 e Estudo 2, a sua caracterização sociodemográfica e de escolha, ingresso e frequência do CLE foi já apresentada no capítulo referente ao Estudo 1.

O Quadro 23, relativo ao autoconceito e às dimensões aceitação social, autoeficácia, maturidade psicológica e impulsividade, evidencia uma diferença significativa das médias entre o GC e GE a nível da autoeficácia e do autoconceito de um modo global no terceiro momento de avaliação. Ainda que sem resultados significativos a nível inferencial, é possível observar no Quadro 23, que a aceitação social, a maturidade psicológica e a impulsividade apresentam médias superiores no GE, quando comparadas com o GC.

Quadro 23 – Resultados da aplicação do teste *t* para amostras independentes relativo ao autoconceito e suas dimensões no grupo de controlo e no grupo experimental no 3º momento de avaliação

ICAC e dimensões	Grupo	<i>n</i>	Média	Dp	<i>t</i>	<i>p</i>
F1 – Aceitação social	Controlo	42	18,119	2,329	-1,642	0,104
	Experimental	62	18,919	2,510		
F2 – Autoeficácia	Controlo	42	21,761	2,869	-2,291	0,025(*)
	Experimental	62	22,967	2,239		
F3 – Maturidade psicológica	Controlo	42	15,119	2,210	-1,420	0,159
	Experimental	62	15,661	1,678		
F4 – Impulsividade	Controlo	42	11,023	1,553	-1,754	0,082
	Experimental	62	11,548	1,456		
ICAC – Total	Controlo	42	73,928	8,095	-2,257	0,027(*)
	Experimental	62	77,274	6,286		

(*) $p < 0,05$

Os resultados enunciados no Quadro 24 permitem a comparação do autoconceito entre o GC e o GE nos três momentos de avaliação e evidenciam a não existência de diferenças significativas entre os grupos no primeiro e segundo momentos de avaliação, tornando-se no entanto evidentes a existência de diferenças significativas no estudo de follow-up, na autoeficácia e no autoconceito de um modo global. Pensamos que possa relacionar-se com o espaço temporal entre as avaliações, que do primeiro para o segundo momento foi de cerca de 2 meses, e do segundo para o terceiro momento foi de 6 meses.

Quadro 24 – Comparação dos resultados, da aplicação do teste t para amostras independentes, relativos ao autoconceito no grupo de controlo e no grupo experimental nos três momentos de avaliação

ICAC e dimensões	Momento	Grupo	n	Média	Dp	t	p
F1 – Aceitação social	1º	Controlo	42	18,023	2,454	0,486	0,628
		Experimental	62	17,790	2,368		
	2º	Controlo	42	17,761	2,069	-0,659	0,511
		Experimental	62	18,048	2,242		
	3º	Controlo	42	18,119	2,329	-1,642	0,104
		Experimental	62	18,919	2,510		
F2 – Autoeficácia	1º	Controlo	42	21,833	2,603	0,242	0,810
		Experimental	62	21,709	2,531		
	2º	Controlo	42	22,071	2,190	-0,476	0,635
		Experimental	62	22,274	2,089		
	3º	Controlo	42	21,761	2,869	-2,291	0,025(*)
		Experimental	62	22,967	2,239		
F3 – Maturidade psicológica	1º	Controlo	42	15,047	1,937	0,340	0,735
		Experimental	62	14,919	1,858		
	2º	Controlo	42	14,952	1,793	0,749	0,456
		Experimental	62	14,693	1,684		
	3º	Controlo	42	15,119	2,210	-1,420	0,159
		Experimental	62	15,661	1,678		
F4 – Impulsividade	1º	Controlo	42	11,166	1,560	-0,848	0,399
		Experimental	62	11,419	1,443		
	2º	Controlo	42	11,095	1,410	-0,301	0,764
		Experimental	62	11,177	1,337		
	3º	Controlo	42	11,023	1,553	-1,754	0,082
		Experimental	62	11,548	1,456		
ICAC – Total	1º	Controlo	42	74,119	7,516	0,361	0,719
		Experimental	62	73,629	6,249		
	2º	Controlo	42	73,881	6,409	-0,288	0,774
		Experimental	62	74,241	6,176		
	3º	Controlo	42	73,928	8,095	-2,257	0,027(*)
		Experimental	62	77,274	6,286		

(*) $p < 0,05$

Relativamente à assertividade, o Quadro 25 permite constatar que a diferença das médias entre o GC e o GE não são significativamente diferentes no estudo de follow-up.

Quadro 25 – Resultados da aplicação do teste t para amostras independentes relativo à assertividade no grupo de controlo e no grupo experimental no 3º momento de avaliação

RAS	Grupo	n	Média	Dp	t	p
Assertividade	Controlo	42	7,642	24,064	0,460	0,647
	Experimental	62	5,709	18,720		

Também a comparação efetuada nos dois grupos (Quadro 26), permite constatar que não se evidenciaram diferenças significativas entre os dois grupos

nos diferentes momentos de avaliação. A este propósito importa reter que nem sempre as pontuações mais elevadas correspondem a maiores níveis de assertividade, uma vez que a escala utilizada considera a assertividade em pontuações intermédias, equivalendo a não assertividade às pontuações mais baixas e às mais altas.

Quadro 26 – Comparação dos resultados, da aplicação do teste t para amostras independentes, relativos à assertividade no grupo de controlo e no grupo experimental nos três momentos de avaliação

RAS	Momento	Grupo	n	Média	Dp	t	p
Assertividade	1º	Controlo	42	3,928	19,700	1,592	0,114
		Experimental	62	-2,290	19,440		
	2º	Controlo	42	2,809	18,416	-0,300	0,764
		Experimental	62	3,887	17,620		
	3º	Controlo	42	7,642	24,064	0,460	0,647
		Experimental	62	5,709	18,720		

Por isso, à semelhança do sucedido no Estudo 1 e no Estudo 2, houve necessidade de analisar a probabilidade dos dois grupos da nossa amostra serem semelhantes, considerando as variáveis nominais: assertivo e não assertivo, o que tornou evidente a diferença estatisticamente significativa entre o GC e o GE no Estudo 3 (Quadro 27).

Quadro 27 – Resultados da aplicação do teste de Qui-quadrado relativo à categorização da assertividade no grupo de controlo e no grupo experimental no 3º momento de avaliação

RAS (categorias)	Grupo				Total		χ^2	p
	Controlo		Experimental					
	n	%	n	%	n	%		
Assertivo	25	59,5	53	85,5	78	75,0	8,999	0,003(*)
Não assertivo	17	40,5	9	14,5	26	25,0		
Total	42	100,0	62	100,0	104	100,0		

(*) $p < 0,05$

De facto, a comparação das categorias assertivo e não assertivo entre os três momentos de avaliação permite verificar que a percentagem de indivíduos assertivos no GE aumentou depois da intervenção (de 75,8% para 82,3%) e também no estudo follow-up (de 82,3% para 85,5%). Já no GC verifica-se o inverso, ou seja a diminuição da percentagem de indivíduos assertivos (76,2%; 73,8%; 59,5%) ao longo dos três estudos (Quadro 28).

Quadro 28 – Comparação dos resultados relativos à categorização da assertividade no grupo de controlo e no grupo experimental nos três momentos de avaliação

RAS (categorias)	Momento	Grupo				Total		χ^2	p
		Controlo		Experimental					
		n	%	n	%	n	%		
Assertivo	Antes	32	76,2	47	75,8	79	76,0	0,002	0,964
Não assertivo		10	23,8	15	24,2	25	24,0		
Total		42	100,0	62	100,0	104	100,0		
Assertivo	Depois	31	73,8	51	82,3	82	78,8	1,072	0,301
Não assertivo		11	26,2	11	17,7	22	21,2		
Total		42	100,0	62	100,0	104	100,0		
Assertivo	Follow-up	25	59,5	53	85,5	78	75,0	8,999	0,003(*)
Não assertivo		17	40,5	9	14,5	26	25,0		
Total		42	100,0	62	100,0	104	100,0		

(*) $p < 0,05$

O Quadro 29 mostra que a alexitimia de um modo global e as dimensões: dificuldade em identificar sentimentos e pensamento orientado externamente, têm diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de controlo e experimental no estudo de follow-up.

Quadro 29 – Resultados da aplicação do teste t para amostras independentes relativo à alexitimia e suas dimensões no grupo de controlo e no grupo experimental no 3º momento de avaliação

TAS-20 e dimensões	Grupo	n	Média	Dp	t	p
F1 – Dificuldade em identificar sentimentos	Controlo	42	17,976	5,572	2,136	0,035(*)
	Experimental	62	15,564	5,762		
F2 – Dificuldade em descrever sentimentos	Controlo	42	14,142	3,784	1,036	0,303
	Experimental	62	13,306	4,202		
F3 – Pensamento orientado externamente	Controlo	42	19,785	4,941	2,258	0,027(*)
	Experimental	62	17,725	3,942		
TAS-20 – Total	Controlo	42	51,904	11,274	2,380	0,020(*)
	Experimental	62	46,596	10,992		

(*) $p < 0,05$

A propósito da alexitimia, a comparação dos resultados nos dois grupos ao longo dos três estudos, comprovam a existência de diferenças significativas entre os grupos, depois da intervenção, na dificuldade em descrever sentimentos (F2), no pensamento orientado (F3) externamente e globalmente na alexitimia (Total). No estudo de follow-up mantêm-se as diferenças significativas no pensamento orientado externamente (F3) e globalmente na alexitimia (Total), e evidencia-se também na dimensão (F1) dificuldade em identificar sentimentos (Quadro 30).

Quadro 30 – Comparação dos resultados, da aplicação do teste *t* para amostras independentes, relativos à alexitimia entre o grupo de controlo e o grupo experimental nos três momentos de avaliação

TAS-20 e dimensões	Momento	Grupo	<i>n</i>	Média	Dp	<i>t</i>	<i>p</i>
F1 – Dificuldade em identificar sentimentos	1º	Controlo	42	17,785	5,247	-1,738	0,085
		Experimental	62	19,677	5,574		
	2º	Controlo	42	19,214	5,563	1,538	0,127
		Experimental	62	17,483	5,676		
	3º	Controlo	42	17,976	5,572	2,136	0,035(*)
		Experimental	62	15,564	5,762		
F2 – Dificuldade em descrever sentimentos	1º	Controlo	42	14,047	3,837	-0,674	0,502
		Experimental	62	14,612	4,425		
	2º	Controlo	42	14,547	3,479	2,166	0,033(*)
		Experimental	62	13,000	3,710		
	3º	Controlo	42	14,142	3,784	1,036	0,303
		Experimental	62	13,306	4,202		
F3 – Pensamento orientado externamente	1º	Controlo	42	18,357	4,101	-0,968	0,335
		Experimental	62	19,145	4,056		
	2º	Controlo	42	19,285	3,903	2,583	0,012(*)
		Experimental	62	17,306	3,731		
	3º	Controlo	42	19,785	4,941	2,258	0,027(*)
		Experimental	62	17,725	3,942		
TAS-20 – Total	1º	Controlo	42	50,190	10,881	-1,511	0,134
		Experimental	62	53,435	10,651		
	2º	Controlo	42	53,047	10,009	2,595	0,011(*)
		Experimental	62	47,790	10,321		
	3º	Controlo	42	51,904	11,274	2,380	0,020(*)
		Experimental	62	46,596	10,992		

(*) $p < 0,05$

Tal como nos estudos anteriores, recorreu-se também à análise da probabilidade dos dois grupos da amostra serem semelhantes relativamente às variáveis nominais: claramente sem alexitimia, com alexitimia moderada e claramente com alexitimia. Constatou-se a existência de diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos no terceiro momento de avaliação (Quadro 31).

Quadro 31 – Resultados da aplicação do teste de Qui-quadrado relativo à categorização da alexitimia no grupo de controlo e no grupo experimental no 3º momento de avaliação

TAS-20 (categorias)	Grupo				Total		χ^2	<i>p</i>
	Controlo		Experimental					
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Sem alexitimia	17	40,5	41	66,1	58	55,8	7,881	0,019(*)
Alexitimia moderada	14	33,3	15	24,2	29	27,9		
Com alexitimia	11	36,2	6	9,7	17	16,3		
Total	42	100,0	62	100,0	104	100,0		

(*) $p < 0,05$

Assim, a comparação das categorias: claramente sem alexitimia, com alexitimia moderada e claramente com alexitimia, nos GC e no GE, nos três momentos de avaliação, permite constatar o aumento sucessivo do valor do χ^2 , bem como o aumento da percentagem de indivíduos sem alexitimia no GE (41,9%; 62,9%; 66,1%) e inversamente o aumento de indivíduos com alexitimia (alexitimia moderada e claramente com alexitimia) no GC ao longo dos três estudos (52,4%; 61,9%; 69,55%) (Quadro 32).

Quadro 32 – Comparação dos resultados relativos à categorização da alexitimia no grupo de controlo e no grupo experimental nos três momentos de avaliação

TAS-20 (categorias)	Momento	Grupo				Total		χ^2	<i>p</i>
		Controlo		Experimental					
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Sem alexitimia	Antes	20	47,6	26	41,9	46	44,2	2,906	0,234
Alexitimia moderada		14	33,3	15	24,2	29	27,9		
Com alexitimia		8	19,1	21	33,9	29	27,9		
Total		42	100,0	62	100,0	104	100,0		
Sem alexitimia	Depois	16	38,1	39	62,9	55	52,9	6,237	0,044(*)
Alexitimia moderada		15	35,7	14	22,6	29	27,9		
Com alexitimia		11	26,2	9	14,5	20	19,2		
Total		42	100,0	62	100,0	104	100,0		
Sem alexitimia	Follow-up	17	40,5	41	66,1	58	55,8	7,881	0,019(*)
Alexitimia moderada		14	33,3	15	24,2	29	27,9		
Com alexitimia		11	36,2	6	9,7	17	16,3		
Total		42	100,0	62	100,0	104	100,0		

(*) $p < 0,05$

Os resultados expostos no Quadro 33, relativos às competências relacionais de ajuda dos estudantes de enfermagem em ensino clínico, mostram que existem diferenças significativas entre os grupos de controlo e experimental a nível das competências genéricas, das competências de comunicação, da competência empática e globalmente a nível das competências relacionais de ajuda. A análise das médias obtidas em cada grupo permite constatar que o GE obtém pontuações mais elevadas, globalmente, nas competências relacionais de ajuda e em todas as dimensões, incluindo as competências de contacto que não apresentam significância inferencial.

Quadro 33 – Resultados da aplicação do teste t para amostras independentes relativo às competências relacionais de ajuda e suas dimensões no grupo de controlo e no grupo experimental no 3º momento de avaliação

ICRA e dimensões	Grupo	n	Média	Dp	t	p
F1 – Competências genéricas	Controlo	42	112,357	12,011	-2,468	0,016(*)
	Experimental	62	118,048	10,798		
F2 – Competências de contacto	Controlo	42	65,857	8,400	-0,834	0,406
	Experimental	62	67,387	9,667		
F3 – Competências de comunicação	Controlo	42	46,000	6,945	-2,082	0,040(*)
	Experimental	62	48,951	7,309		
F4 – Competência empática	Controlo	42	40,904	8,652	-2,613	0,011(*)
	Experimental	62	45,322	8,169		
ICRA – Total	Controlo	42	265,119	30,154	-2,424	0,017(*)
	Experimental	62	279,709	30,080		

(*) $p < 0,05$

Quando inquirimos os professores sobre o desenvolvimento da comunicação interpessoal dos seus estudantes durante o Ensino clínico, os resultados do Quadro 34 permitem constatar que o GE apresenta média de valores superiores às do GC em todas as dimensões e, globalmente, na comunicação interpessoal. A nível inferencial constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na comunicação interpessoal e nas dimensões: advocacia e uso terapêutico de si próprio.

Quadro 34 – Resultados da aplicação do teste t para amostras independentes relativo à comunicação interpessoal e suas dimensões no grupo de controlo e no grupo experimental no 3º momento de avaliação

ICAS e dimensões	Grupo	n	Média	Dp	t	p
F1 – Advocacia	Controlo	42	24,452	5,419	-2,354	0,021(*)
	Experimental	62	26,935	5,059		
F2 – Uso terapêutico de si próprio	Controlo	42	24,857	4,750	-2,275	0,025(*)
	Experimental	62	26,967	4,479		
F3 – Validação	Controlo	42	10,214	2,279	-1,704	0,091
	Experimental	62	10,951	2,083		
ICAS – Total	Controlo	42	59,523	11,264	-2,410	0,018(*)
	Experimental	62	64,854	10,768		

(*) $p < 0,05$

Nesta sequência os resultados aqui apresentados permitem confirmar as hipóteses:

H4 – Há diferença no nível de desenvolvimento das competências pessoais e sociais (autoconceito, alexitimia e assertividade) entre os estudantes que apenas participaram nas atividades letivas previstas no plano de Estudos do CLE (GC) e

os estudantes que participaram no programa de intervenção “Cuidar-se para Saber Cuidar” (GE), no final do primeiro ensino clínico (seis meses após a intervenção) – relativamente à autoeficácia e ao autoconceito, à categorização da assertividade, à dificuldade em identificar sentimentos, ao pensamento orientado externamente, à alexitimia e sua categorização;

H5 – Há diferença no nível de desenvolvimento das competências relacionais de ajuda no desempenho em ensino clínico entre os estudantes que participaram no programa de intervenção “Cuidar-se para Saber Cuidar” (GE) e os estudantes que apenas participaram nas atividades letivas previstas no plano de Estudos do CLE (GC) – relativamente às competências genéricas, às competências de comunicação, à competência empática e às competências relacionais de ajuda (exceto as competências de contacto);

H6 – Há diferença no nível de desenvolvimento da comunicação interpessoal em enfermagem no desempenho em ensino clínico entre os estudantes do GC e GE – relativamente à advocacia, ao uso terapêutico de si próprio e à comunicação interpessoal (exceto a dimensão validação).

CAPÍTULO VI – ANÁLISE COMPARATIVA INTER-ESTUDOS

Apresentados os resultados emergentes da análise inferencial significativa entre os dois grupos de estudantes nos diferentes estudos que constituem esta investigação (Figura 2), pareceu-nos vantajoso analisar também as diferenças obtidas grupo a grupo numa comparação entre esses diferentes estudos, de modo a conhecer melhor e dar a conhecer os diferentes resultados em diferentes ângulos, objetivando os efeitos obtidos com a realização do programa “Cuidar-se para Saber Cuidar”.

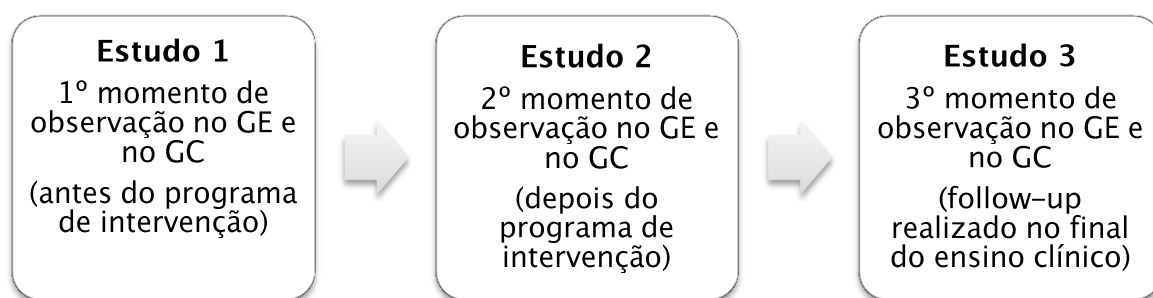


Figura 2 – Esquema resumo dos diferentes estudos da investigação

1. COMPARAÇÃO ENTRE O ESTUDO 1 E ESTUDO 2

Os resultados da comparação dos grupos entre si, antes e depois da intervenção, obtidos através da aplicação do teste *t* para amostras emparelhadas, relativos ao autoconceito, assertividade e alexitimia foram já apresentados anteriormente, no Estudo 2, nos quadros 16, 19 e 22. Tendo-se evidenciado que:

- a autoeficácia dos indivíduos do GE é significativamente diferente entre os dois momentos (Quadro 16);
- a assertividade dos participantes do GE tem uma evolução muito significativa entre os dois momentos (Quadro 19);
- a alexitimia mostra uma evolução muito significativa no GE em todas as dimensões (F1, F2, F3) e na alexitimia total, situação que no GC apenas se verifica relativamente à alexitimia total (Quadro 22).

2. COMPARAÇÃO ENTRE O ESTUDO 2 E ESTUDO 3

Analisando os resultados comparativos de cada um dos grupos no estudo depois da intervenção e no estudo de follow-up em ensino clínico, verificamos pela leitura do Quadro 35 que o GC não apresenta diferenças entre os dois momentos de avaliação, e que o GE obtém diferenças significativas na impulsividade e na autoeficácia, e diferenças muito significativas na aceitação social, na maturidade psicológica e no autoconceito (globalmente).

Quadro 35 – Resultados da aplicação do teste *t* para amostras emparelhadas relativo à comparação do autoconceito entre o Estudo 2 e o Estudo 3, no grupo de controlo e no grupo experimental

ICAC e dimensões	Grupo	n	Estudo 2		Estudo 3		t	p
			Média	Dp	Média	Dp		
F1 – Aceitação social	Controlo	42	17,761	2,069	18,119	2,329	-1,196	0,239
	Experimental	62	18,048	2,242	18,919	2,510	-3,876	0,000(**)
F2 – Autoeficácia	Controlo	42	22,071	2,190	21,761	2,869	0,864	0,393
	Experimental	62	22,274	2,089	22,967	2,239	-2,781	0,007(*)
F3 – Maturidade psicológica	Controlo	42	14,952	1,793	15,119	2,210	-0,627	0,534
	Experimental	62	14,693	1,684	15,661	1,678	-5,676	0,000(**)
F4 – Impulsividade	Controlo	42	11,095	1,410	11,023	1,553	0,308	0,760
	Experimental	62	11,177	1,337	11,548	1,456	-2,171	0,034(*)
ICAC – Total	Controlo	42	73,881	6,409	73,928	8,095	-0,051	0,960
	Experimental	62	74,241	6,176	77,274	6,286	-5,208	0,000(**)

(*) $p < 0,05$

(**) $p < 0,001$

Quanto à assertividade, os participantes do GG evidenciam uma diferença significativa entre o estudo depois da realização do programa de intervenção e o estudo coincidente com o final do ensino clínico, enquanto o GE não evidencia diferença significativa (Quadro 36), pressupondo que a diferença das médias entre o 2º e o 3º momento são semelhantes estatisticamente, ou seja, que os resultados anteriores se mantêm.

Quadro 36 – Resultados da aplicação do teste *t* para amostras emparelhadas relativo à comparação da assertividade entre o Estudo 2 e o Estudo 3, no grupo de controlo e no grupo experimental

RAS	Grupo	n	Estudo 2		Estudo 3		t	p
			Média	Dp	Média	Dp		
Assertividade	Controlo	42	2,809	18,416	7,642	24,064	-2,367	0,023(*)
	Experimental	62	3,887	17,620	5,709	18,720	-1,459	0,150

(*) $p < 0,05$

Relativamente à alexitimia, o Quadro 37 mostra que na comparação entre cada um dos grupos, apenas o GE se apresenta significativamente diferente entre

o 2º e o 3º momento de avaliação, na dimensão dificuldade em identificar sentimentos. Depreende-se, portanto, que nas restantes dimensões e na alexitimia as médias não são significativamente diferentes das obtidas no 2º momento de avaliação (depois da intervenção).

Quadro 37 – Resultados da aplicação do teste *t* para amostras emparelhadas relativo à comparação da alexitimia entre o Estudo 2 e o Estudo 3, no grupo de controlo e no grupo experimental

TAS-20 e dimensões	Grupo	<i>n</i>	Estudo 2		Estudo 3		<i>t</i>	<i>p</i>
			Média	Dp	Média	Dp		
F1 – Dificuldade em identificar sentimentos	Controlo	42	19,214	5,563	17,976	5,572	1,937	0,060
	Experimental	62	17,483	5,676	15,564	5,762	3,286	0,002(*)
F2 – Dificuldade em descrever sentimentos	Controlo	42	14,547	3,479	14,142	3,784	1,018	0,315
	Experimental	62	13,000	3,710	13,306	4,202	-0,650	0,518
F3 – Pensamento orientado externamente	Controlo	42	19,285	3,903	19,785	4,941	-0,880	0,384
	Experimental	62	17,306	3,731	17,725	3,942	-7,763	0,449
TAS-20 – Total	Controlo	42	53,047	10,009	51,904	11,274	1,190	0,241
	Experimental	62	47,790	10,321	46,596	10,992	1,023	0,310

(*) $p < 0,05$

3. COMPARAÇÃO ENTRE O ESTUDO 1 E ESTUDO 3

Na análise comparativa dos grupos entre si, nos momentos antes da realização do programa (Estudo 1) e no final do ensino clínico (Estudo 3), cujo espaço temporal que mediou as duas avaliações foi de 8 meses, os resultados relativamente ao autoconceito mostram que o GE tem resultados com diferenças nas médias, significativas na maturidade psicológica e muito significativas no autoconceito (total) e nas dimensões aceitação social e autoeficácia. Apenas a impulsividade se mantém semelhante. O GC não apresenta qualquer diferença significava nas médias entre as duas avaliações (Quadro 38).

Quadro 38 – Resultados da aplicação do teste t para amostras emparelhadas relativo à comparação do autoconceito entre o Estudo 1 e o Estudo 3, no grupo de controlo e no grupo experimental

ICAC e dimensões	Grupo	n	Estudo 1		Estudo 3		t	p
			Média	Dp	Média	Dp		
F1 – Aceitação social	Controlo	42	18,023	2,454	18,119	2,329	-0,248	0,805
	Experimental	62	17,790	2,368	18,919	2,510	-5,078	0,000(**)
F2 – Autoeficácia	Controlo	42	21,833	2,603	21,761	2,869	0,188	0,852
	Experimental	62	21,709	2,531	22,967	2,239	-4,367	0,000(**)
F3 – Maturidade psicológica	Controlo	42	15,047	1,937	15,119	2,210	0-,240	0,812
	Experimental	62	14,919	1,858	15,661	1,678	-3,365	0,001(*)
F4 – Impulsividade	Controlo	42	11,166	1,560	11,023	1,553	0,635	0,529
	Experimental	62	11,419	1,443	11,548	1,456	-0,659	0,512
ICAC – Total	Controlo	42	74,119	7,516	73,928	8,095	0,168	0,867
	Experimental	62	73,629	6,249	77,274	6,286	-5,206	0,000(**)

(*) $p < 0,05$

(**) $p < 0,001$

Também as médias obtidas na assertividade pelo GE no final do ensino clínico são significativamente diferentes das apresentadas por esse grupo antes da realização do programa de intervenção, o mesmo não é verificável no GC (Quadro 39).

Quadro 39 – Resultados da aplicação do teste t para amostras emparelhadas relativo à comparação da assertividade entre o Estudo 1 e o Estudo 3, no grupo de controlo e no grupo experimental

RAS	Grupo	n	Estudo 1		Estudo 3		t	p
			Média	Dp	Média	Dp		
Assertividade	Controlo	42	3,928	19,700	7,642	24,064	-1,612	0,115
	Experimental	62	-2,290	19,440	5,709	18,720	-5,106	0,000(**)

(**) $p < 0,001$

Na análise do Quadro 40 constatamos que relativamente à comparação da alexitimia entre cada um dos grupos nos momentos antes da intervenção e 8 meses depois, o GE apresenta diferenças significativas no que se refere à dificuldade em descrever sentimentos e diferenças muito significativas na dificuldade em identificar sentimentos e na alexitimia. Em ambos os grupos, GE e GC, encontramos diferenças significativas no referente ao pensamento orientado externamente entre o 1º e o 3º momento de avaliação.

Quadro 40 – Resultados da aplicação do teste *t* para amostras emparelhadas relativo à comparação da alexitimia entre o Estudo 1 e o Estudo 3, no grupo de controlo e no grupo experimental

TAS-20 e dimensões	Grupo	<i>n</i>	Estudo 1		Estudo 3		<i>t</i>	<i>p</i>
			Média	Dp	Média	Dp		
F1 – Dificuldade em identificar sentimentos	Controlo	42	17,785	5,247	17,976	5,572	-0,269	0,790
	Experimental	62	19,677	5,574	15,564	5,762	6,284	0,000(**)
F2 – Dificuldade em descrever sentimentos	Controlo	42	14,047	3,837	14,142	3,784	-0,191	0,849
	Experimental	62	14,612	4,425	13,306	4,202	2,767	0,007(*)
F3 – Pensamento orientado externamente	Controlo	42	18,357	4,101	19,785	4,941	-2,120	0,040(*)
	Experimental	62	19,145	4,056	17,725	3,942	2,647	0,010(*)
TAS-20 – Total	Controlo	42	50,190	10,881	51,904	11,274	-1,269	0,211
	Experimental	62	53,435	10,651	46,596	10,992	6,514	0,000(**)

(*) $p < 0,05$

(**) $p < 0,001$

Os resultados do estudo de emparelhamento das amostras evidenciados neste comparativo inter-estudos, entre o 1º momento e o 3º momento de avaliação (antes da intervenção e em follow-up), permitem confirmar a hipótese H7 – Existe diferença no nível de desenvolvimento de competências pessoais e sociais (autoconceito, alexitimia e assertividade) antes do desenvolvimento do programa de intervenção e em follow-up no GC e no GE, na sequência das diferenças evidenciadas em follow-up no GE, na aceitação social, na autoeficácia, na maturidade psicológica, no autoconceito, na assertividade, na dificuldade em identificar sentimentos, na dificuldade em descrever sentimentos, no pensamento orientado externamente e na alexitimia.

No Quadro 41 apresentamos uma síntese dos resultados comparativos entre cada um dos grupos ao longo dos diferentes momentos de avaliação relativos ao autoconceito, à assertividade e à alexitimia no intuito de facilitar uma melhor visualização e análise dos resultados já explanados.

Quadro 41 – Síntese da comparação do autoconceito, da assertividade e da alexitimia nos três momentos de avaliação no grupo de controlo e no grupo experimental

ICAC e dimensões, RAS e TAS-20 e dimensões	Grupo	n	Comparação entre 1º e 2º Momento		Comparação entre 2º e 3º Momento		Comparação entre 1º e 3º Momento	
			t	p	t	p	t	p
F1 – Aceitação social	Controlo	42	0,819	0,418	-1,196	0,239	-0,248	0,805
	Experimental	62	-1,296	0,200	-3,876	0,000(**)	-5,078	0,000(**)
F2 – Autoeficácia	Controlo	42	-1,000	0,323	0,864	0,393	0,188	0,852
	Experimental	62	-2,823	0,006(*)	-2,781	0,007(*)	-4,367	0,000(**)
F3 – Maturidade psicológica	Controlo	42	0,467	0,643	-0,627	0,534	-0,240	0,812
	Experimental	62	1,116	0,269	-5,676	0,000(**)	-3,365	0,001(*)
F4 – Impulsividade	Controlo	42	0,292	0,771	0,308	0,760	0,635	0,529
	Experimental	62	1,737	0,087	-2,171	0,034(*)	-0,659	0,512
ICAC – Total	Controlo	42	0,315	0,755	-0,051	0,960	0,168	0,867
	Experimental	62	-1,173	0,245	-5,208	0,000(**)	-5,206	0,000(**)
Assertividade	Controlo	42	0,715	0,476	-2,367	0,023(*)	-1,612	0,115
	Experimental	62	-3,491	0,001(*)	-1,459	0,150	-5,106	0,000(**)
F1 – Dificuldade em identificar sentimentos	Controlo	42	-1,937	0,060	1,937	0,060	-0,269	0,790
	Experimental	62	3,242	0,002(*)	3,286	0,002(*)	6,284	0,000(**)
F2 – Dificuldade em descrever sentimentos	Controlo	42	-1,155	0,255	1,018	0,315	-0,191	0,849
	Experimental	62	4,054	0,000(**)	-0,650	0,518	2,767	0,007(*)
F3 – Pensamento orientado externamente	Controlo	42	-1,750	0,088	-0,880	0,384	-2,120	0,040(*)
	Experimental	62	3,586	0,001(*)	-7,763	0,449	2,647	0,010(*)
TAS-20 – Total	Controlo	42	-2,866	0,007(*)	1,190	0,241	-1,269	0,211
	Experimental	62	4,623	0,000(**)	1,023	0,310	6,514	0,000(**)

(*) $p < 0,05$ (**) $p < 0,001$

CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO

Após a apresentação e análise dos resultados obtidos nos diferentes estudos que constituem esta investigação, far-se-á a sua discussão, além da significância estatística, à luz de outras investigações nacionais e internacionais, desenvolvidas neste âmbito do conhecimento. Incluir-se-á também a discussão relativa à metodologia utilizada no desenvolvimento da investigação.

1. DA METODOLOGIA

A reflexão acerca da metodologia utilizada na realização desta investigação, apesar de algumas dificuldades inerentes ao decurso destes processos que foram sendo antecipadas e/ou equacionadas no sentido de minorar o compromisso para a própria investigação mantendo-a criteriosa e com rigor, permite-nos considerá-la como bastante aceitável, em razão dos seguintes aspetos:

Amostra

A amostra, superior a 60% da população em estudo, é, pelo seu tamanho, bastante significativa, constituída por estudantes do 2º ano, 3º semestre do CLE em ensino teórico, os quais nunca tiveram contacto com o ensino clínico.

É uma amostra com distribuição aleatória, na qual destacamos a constituição de um GC, com o propósito de avaliar o que acontece na ausência do programa de intervenção e avaliar o impacto das diferentes condições da variável independente na variável dependente, ou seja, garantir que as diferenças encontradas em cada um dos grupos são resultantes da experiência e não de variáveis parasita.

Estas características, de aleatorização e de controlo, permitiram a realização de um estudo de natureza quasi-experimental (Cano, 2008; Ribeiro, 2008).

Porém, ainda relativamente à seleção da amostra, importa salientar que a colaboração voluntária dos participantes, especialmente no GE, poderá ter influído na adesão, motivação, entusiasmo e sucesso da intervenção, considerando a possibilidade dos estudantes que se voluntariaram serem mais empenhados, mais dedicados e eventualmente estarem mais conscientes das suas reais necessidades.

Merece também o nosso reparo que na sequência da elevada adesão de participantes ao programa, e apesar da sua distribuição em dois grupos distintos correspondentes à prévia distribuição por turma, considerarmos que os grupos, idealmente, deveriam ter um menor número de participantes. Contudo por questões éticas decidimos, no contexto da situação, não o fazer.

Importa ainda referir que o primeiro contacto entre investigadora e elementos constituintes da amostra foi estabelecido em função da realização desta investigação, o que, não sendo professora dos participantes, poderá ter evitado alguns constrangimentos daí advindos.

Desenho da investigação/Tipo de estudo

À semelhança do que é proposto na literatura (González, 2001; Cano, 2008; Pérez-González, 2008), a construção deste programa de intervenção implicou um desenho com observações antes e após a sua aplicação, bem como a avaliação do processo, dos resultados e do impacto.

Ainda, relativamente à observação após a experiência, mais distante no tempo (follow-up), alguns autores (Maguire, 2004) consideram que a passagem do tempo pode dificultar a diferenciação do impacto da experiência de efeitos originados por outros fatores. Contrariamente Durlak, Weissberg e Pachan (2010) após revisão sistemática da literatura encontram poucos estudos que contenham recolha dos dados de follow-up, sugerindo que investigações futuras devem conter informação de follow-up para determinar a durabilidade de todos os ganhos provenientes de participação no programa.

Esta investigação de desenho e método quasi-experimental, de carácter longitudinal, possibilita a verificação das relações de causalidade originadas pela atuação do investigador (Ribeiro, 2008), uma vez controlada a variável independente – programa “Cuidar-se para Saber Cuidar” – (desenvolvimento de competências pessoais e sociais) – foram determinadas as alterações produzidas por esta, a nível do Saber Fazer Relacional.

De facto, o grau de certeza de que o efeito na variável dependente foi causado pela variável independente (Cano, 2008), patente nos resultados evidenciados nos vários estudos constituintes da investigação, é revelador de que a confiança na inferência causal, originada através do programa, é alta, admitindo-se que a investigação tem uma alta validade interna.

Já relativamente à sua validade externa, e apesar da inferência causal presente na experiência ser clara e inequívoca, não pode ser estendida com

facilidade a outros contextos (Cano, 2008; Ribeiro, 2008; Del Prette & Del Prette, 2008), pelo que somos de opinião que o estudo revela baixa validade externa, razão pela qual os resultados da presente investigação, tendo em conta a especificidade da população e do contexto, devem ser generalizados com cuidado para além do presente estudo.

Este aspeto é, aliás, defendido por Kruijver, Kerkstra, Francke, Bensing e Wiel (2000) que, após revisão sistemática da literatura sobre avaliação de programas de formação em comunicação em cuidados de enfermagem, concluem que os métodos de pesquisa de desenho experimental são os mais confiáveis para medir a eficácia de um programa de treino, embora tenham sido usados em relativamente poucos estudos.

A investigação adquiriu também características de estudo exploratório-descriptivo em alguns momentos, na medida em que utilizou a triangulação dos métodos quantitativo e qualitativo, o que enriqueceu os dados obtidos e permitiu uma análise dos resultados sob diferentes perspetivas. Paralelamente, os dados obtidos foram provenientes de múltiplos informantes (estudantes e professores). A recolha de dados através de múltiplos métodos e de múltiplos informantes é, recomendada na revisão sistemática desenvolvida por Durlak et al. (2010) após análise de 75 relatórios de avaliação de programas diferentes.

Instrumentos de recolha de dados

Para além de respeitados os princípios éticos inerentes a uma investigação desta natureza, os instrumentos de recolha de dados de natureza quantitativa foram constituídos por diversas escalas de autorrelato, que, permitindo uma maior sinceridade nas respostas obtidas, são instrumentos devidamente aferidos e validados para a população portuguesa, com elevados índices de consistência interna e boa fiabilidade, amplamente divulgados e utilizados nos mais diversos estudos nacionais e internacionais. Todavia, a ICAS representa uma exceção, uma vez que a sua aferição e validação à população portuguesa se constitui num estudo (preparatório) incluído nesta investigação.

Paralelamente aos instrumentos quantitativos de avaliação interna, foi também utilizado um instrumento de avaliação externa, respondido pelos professores orientadores dos participantes na investigação, em função do desempenho em ensino clínico destes, permitindo uma avaliação com maior isenção, bem como a avaliação do impacto ou do resultado do programa desenvolvido.

Merece ainda o nosso reparo, o facto das características exploratório-descriptivas incluídas na investigação, terem implicado a construção, pela investigadora, de alguns instrumentos de natureza qualitativa, o que poderá ter limitado a análise comparativa dos resultados com os de outros estudos nacionais e internacionais.

2. DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados a apresentar foi sistematizada em função dos estudos empíricos desenvolvidos.

• Estudo preparatório

O estudo de validação e aferição da versão portuguesa da ICAS revelou, ao nível da consistência interna, valores do alpha de Cronbach ligeiramente inferiores aos da versão original nas dimensões (advocacia, uso terapêutico de si próprio e validação) e na ICAS – Total (Klakovich e delaCruz, 2006), com uma tendência de acompanhamento do comportamento dos valores da versão original. Todavia, traduzem elevados índices de consistência interna da ICAS e das suas dimensões.

A nível da confiabilidade teste-reteste, o coeficiente de correlação de Pearson revelou muito boa estabilidade temporal entre as duas aplicações, tanto nas dimensões como na ICAS – Total. Estes resultados não são passíveis de comparação com os da versão original, dado esse estudo não ter sido realizado pelos autores.

No estudo da dimensionalidade da versão portuguesa da escala, assumindo-se a análise fatorial, o tipo de rotação e a solução fatorial proposta pelos autores da versão original (Ribeiro, 2008), a análise fatorial (completada com a análise de componentes principais com rotação varimax) convergiu para uma solução forçada a três fatores que explicam 58,872% da variância total, coincidindo globalmente com a distribuição dos itens pelos fatores proposta pelos autores da escala.

Relativamente à validade de conteúdo, esta foi analisada e confirmada pelos juízes da tradução para a versão portuguesa. Já a validade de critério foi testada através da existência de associação linear positiva entre todas as dimensões da ICAS (Ferreira & Anes, 2010).

Deste modo, a versão em português da ICAS revelou propriedades que atestam a sua boa qualidade para avaliar as competências de comunicação

interpessoal, em contexto de ensino clínico, dos estudantes da licenciatura em Enfermagem.

Porém, na esperança de aprofundar este trabalho aqui iniciado, e simultaneamente rentabilizando todas as potencialidades da ICAS na diferenciação de competências de comunicação interpessoal em estudantes de licenciatura e em estudantes de mestrado em Enfermagem, os resultados deste estudo não invalidam que futuras investigações sejam desenvolvidas aplicando esta nova versão em amostras de estudantes numa fase inicial da licenciatura, mas sobretudo em amostras de estudantes no término do Curso de Licenciatura, bem como em amostras de estudantes no início e no término do Curso de Mestrado em Enfermagem.

• Estudo 1

Na amostra constituída por 104 estudantes que, no ano letivo de 2009/2010, frequentavam o ensino teórico no 3º semestre do 2º ano do CLE, o género feminino adquiriu uma maior representatividade, o que provavelmente se deve a condicionalismos de ordem histórica, cultural e social, estando a imagem social da profissão fortemente ligada à componente feminina. Simultaneamente estes resultados acompanham a tendência de feminização do Ensino Superior, evidente nos resultados divulgados no relatório dos Principais Indicadores da Educação na Europa (Eurostat, 2005; 2007) e no inquérito anual de Registo de Alunos Inscritos e Diplomados no Ensino Superior às instituições de ensino superior nacionais (Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais, 2009; 2011). A média de idades dos estudantes foi de 19,4 anos, sendo na quase totalidade solteiros. Resultados idênticos, relativos às variáveis género, idade, estado civil, são apresentados nos estudos, também com estudantes de enfermagem, de Lopes (2004a; 2004b) e de Pedroso et al. (2008).

Cerca de metade dos estudantes têm naturalidade no distrito de Coimbra, distribuindo-se a outra metade pelos diferentes distritos do país e também por países com forte presença de emigração portuguesa. Os seus pais são, mais frequentemente, trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, que trabalham por conta de outrem e possuem o 3º ciclo do Ensino Básico. Já as suas mães são, mais frequentemente, trabalhadoras não qualificadas, que trabalham por conta de outrem e possuem o 3º ciclo do Ensino Básico. Também os estudos de Freitas et al. (2008) e de Pedroso et al. (2008)

evidenciam resultados semelhantes referentes à naturalidade e caracterização familiar dos estudantes.

A média de classificações no acesso ao Ensino Superior é de 15,57 valores, onde aproximadamente quatro quintos dos estudantes escolhem o Curso de Licenciatura em Enfermagem como a sua primeira opção no acesso ao Ensino Superior, o que revela uma tendência de acompanhamento dos resultados de outros estudos (Freitas et al., 2008; Pedroso et al., 2008).

Após a frequência do 1º ano, a média de classificações é de 13,39 valores e cerca de três quartos dos estudantes não possui unidades curriculares em atraso. Dos que as possuem, cerca de metade tem uma unidade em atraso. Resultados algo inferiores foram encontrados num estudo desenvolvido por Jardim (2007) com estudantes do Ensino Superior, onde cerca 58% não tinham “cadeiras em atraso”, contudo os valores são razoavelmente superiores no que se refere ao “número de cadeiras em atraso”.

Na amostra na qual se constituíram os grupos experimental (62 estudantes) e de controlo (42 estudantes), os resultados da análise inferencial relativos a todas as variáveis citadas anteriormente, mostram que os dois grupos são equivalentes, com uma única exceção referente ao número de unidades curriculares em atraso, que se revela significativamente diferente entre os grupos, sendo em número inferior no GE. Facto que, em nossa opinião poderá estar implicado com a possibilidade dos estudantes que constituíram este grupo, serem eventualmente mais empenhados, mais dedicados ou melhores estudantes.

A equivalência entre os dois grupos foi também verificada relativamente ao autoconceito, alexitimia e assertividade, e em todas as dimensões que constituem cada uma destas variáveis.

Deste modo, importa reter que os resultados inferenciais (expressos pelo valor do teste t e seu grau de significância $p > 0,05$) obtidos entre os dois grupos evidenciam que, no momento de avaliação inicial (antes da realização da intervenção), os dois grupos são equivalentes, quanto: à caracterização sociodemográfica, à caracterização da escolha, ingresso e frequência do CLE, à caracterização psicológica (autoconceito e alexitimia) e à competência social (assertividade), facto que confirma a hipótese H1.

Centrando-nos nos resultados logrados através da avaliação das necessidades relacionais, e daquilo que os estudantes consideram **competências essenciais para a qualidade do Cuidar em Enfermagem**, verificamos que as

categorias criadas (competência profissional e competência pessoal e social) são bem elucidativas da importância atribuída à dimensão profissional (85%) e à dimensão intra e interpessoal (15%), o que nos permite depreender nesta fase da sua formação que os estudantes ainda não integram concepções defendidas por alguns teóricos de referência, para os quais a qualidade dos cuidados de enfermagem é determinantemente marcada pelos comportamentos do enfermeiro (Hesbeen, 2000; 2001) e que a competência profissional só será alcançada através de um certo desenvolvimento da competência pessoal (Phaneuf, 2005).

Paralelamente, outra evidência que emerge dos resultados relativos às subcategorias da Competência Profissional, prende-se com a maior valorização do Saber Fazer, muito à custa da sobrevalorização das Técnicas e Procedimentos, em detrimento da subcategoria Saber, especialmente do Conhecimento Científico. Ora, esta noção de Cuidar em Enfermagem, centrada na execução de tarefas e técnicas de enfermagem, em vez de na cientificidade do Saber em Enfermagem tão essencial à sua autonomia (Bento, 1997), representa deste modo uma concepção algo redutora e característica do período anterior à década de 50 do século XX.

Por outro lado, os estudantes atribuem um valor significativo à subcategoria Saber Fazer Relacional (42%), reconhecendo a importância da Relação de Ajuda, dos Princípios Humanistas e da Comunicação para a qualidade do Cuidar em Enfermagem, corroborando assim, as concepções de Lazure (1994), Le Boterf (1994), Hesbeen (2000) e Dias (2006).

Nos resultados obtidos sobre as **competências profissionais a que o Curso os deveria habilitar**, que de algum modo se mostram relacionados com as competências essenciais para a qualidade dos cuidados em enfermagem discutidas anteriormente, os estudantes voltam a subvalorizar o Conhecimento Científico e a dar grande evidência às Técnicas e Procedimentos.

Estes achados contrariam algumas pesquisas anteriores desenvolvidas com estudantes de diferentes cursos do Ensino Superior, onde o aspeto que merece maior valorização por parte destes é a “aquisição de conhecimentos”, indicando mesmo que os estabelecimentos de Ensino Superior transmitem mais conhecimentos do âmbito do saber-saber, do que do âmbito do saber fazer, do saber ser e do saber conviver (Jardim, 2007).

Contudo, no âmbito do Saber Fazer Relacional, enaltecem o desenvolvimento de competências em relação de ajuda e de competências

comunicacionais, e no âmbito do saber ser enaltecem a competência pessoal e social. Estes aspetos são globalmente confirmados por Phaneuf (2005) que defende que a competência em enfermagem comporta dois aspetos essenciais: a mobilização de competências pessoais e a mobilização dos saberes e saber fazer aplicados aos cuidados de enfermagem e por Roach (1984) que salienta a importância do enfermeiro se conhecer a si mesmo, promover a habilidade e a qualidade em cuidar, ou seja quanto mais e melhor se conhecer melhor cuidará.

Relativamente às **características pessoais facilitadoras da competência de um enfermeiro**, os estudantes dão grande destaque à competência comunicacional, mas também valorizam a capacidade de ser tolerante, rigoroso, organizado, profissional, compreensivo, assertivo e de ter uma boa autoestima e autoconfiança. Globalmente estes resultados parecem ir ao encontro de que o investimento comunicacional por parte dos enfermeiros está associado a maiores níveis de crescimento pessoal (Fernandes, 2007).

Curiosamente, a simpatia surge em segundo lugar enquanto a empatia surge em lugares de fraco destaque. Deixando-nos inferir uma fraca clarificação ou alguma eventual confusão entre conceitos, uma vez que a empatia é uma competência fundamental dos profissionais de ajuda (Falcone, 1999), logo do enfermeiro e a simpatia considerada como um seu obstáculo (Phaneuf, 2005). A simpatia pode sentir-se pelos problemas gerais da pessoa, mas na qual não há partilha do que a pessoa sente (Goleman, 2000).

Quanto às **características e competências pessoais que os estudantes necessitam de dar atenção especial, para ser um bom enfermeiro** sobressaem as competências comunicacionais, a autoestima (incluindo-se os aspetos correlacionados da autoconfiança e da segurança) e a assertividade. Estes resultados, emergentes das opiniões dos estudantes, parecem-nos consonantes com os resultados de outros estudos que defendem que a competência em comunicação interpessoal é uma habilidade fundamental a ser adquirida pelo enfermeiro, que lhe permitirá um cuidar consciente, verdadeiro e transformador (Braga, 2004). Resultados semelhantes são encontrados num estudo desenvolvido por Santos (2009) com estudantes de enfermagem, em que estes realçam a necessidade de desenvolvimento desta competência.

Intimamente relacionado com a questão anterior estão as **características e as competências pessoais que necessitariam desenvolver para melhorar o seu bem-estar pessoal e social**, ao que os estudantes voltam a destacar a

autoestima (incluindo-se a autoconfiança e a segurança), as competências comunicacionais, a assertividade e também a competência emocional.

Em investigações empíricas, voltadas para o sucesso acadêmico em estudantes do Ensino Superior, surgem com significativa relevância as dimensões referentes ao desenvolvimento da responsabilidade, ao relacionamento positivo e à cooperação (Jardim, 2007), defendendo o autor que o Ensino Superior deve favorecer o desenvolvimento pessoal. Em outras, voltadas para a aprendizagem, especialmente em ensino clínico, os achados emergentes destacam, entre outros, as características pessoais do estudante (Rua, 2009), a maturidade demonstrada nas interações (Rua, Alarcão & Abreu, 2011), o conhecimento de si (Pinto & Abreu, 2011a) e fatores intrínsecos ao próprio indivíduo (Pinto & Abreu, 2011b).

Globalmente podemos depreender que os estudantes estão cientes de que um maior desenvolvimento pessoal, um melhor conhecimento de si, será determinante tanto para o seu bem-estar pessoal e social como para ser um bom profissional.

• Estudo 2

Ainda antes do início da implementação do programa de intervenção, foi importante conhecer as **motivações e expectativas** dos elementos constituintes do GE que originaram a sua participação.

Os resultados da análise categorial evidenciam que as suas motivações foram essencialmente o desenvolvimento de competências pessoais (no sentido do seu amadurecimento e crescimento pessoal) e o desenvolvimento de competências necessárias para o ensino clínico. Também corroborando estes resultados, os participantes esperam que durante o programa ocorra o desenvolvimento de competências profissionais, pessoais e sociais e que as sessões sejam dinâmicas.

Relativamente às expectativas do que gostariam de ver mudado na sua pessoa, enaltecem fortemente a autoestima (incluindo-se a autoconfiança e o sentimento de segurança), o que nos parece reforçar os resultados referentes à motivação que, conforme mencionámos, tem como principal motivo o desenvolvimento de competências pessoais. Sequencialmente são também destacadas a comunicação e a assertividade, a interação com o outro e a competência emocional.

No mesmo sentido apontam os resultados acerca das expectativas do que gostariam de ver mudado no seu desempenho do cuidar em enfermagem, onde

sobressaem a comunicação, autoestima (incluindo-se a autoconfiança e o sentimento de segurança) e a empatia e relação de ajuda.

Estes resultados são consistentes com os encontrados nos estudos de Dias (2008; 2010) com estudantes do Ensino Superior em Educação de Infância, onde estes referiram como expectativas face ao programa a desenvolver, necessitar de melhorar as competências pessoais, as competências profissionais e promover o autoconhecimento e a autoconfiança.

Os resultados da **avaliação contínua do programa** (avaliação do processo ou de monitorização da intervenção) efetuada pelos participantes, no final de cada sessão constituinte do programa, permitem-nos inferir acerca da adequação da estrutura comum adotada no decurso das diferentes sessões; da consecução dos objetivos inicialmente definidos para cada uma das sessões, conforme evidencia a análise categorial das questões “O que aprendeu”, “Utilidade para a vida pessoal” e “Utilidade para a vida profissional” referentes a cada sessão; da adequação das diferentes estratégias e técnicas utilizadas para a dinamização e abordagem das competências a desenvolver, que sistematicamente foram referenciadas na avaliação de cada sessão como “O que considerou mais interessante”.

Pelo exposto, podemos afirmar que a avaliação processual do programa, a avaliação de cada sessão, é claramente positiva, considerando que a estrutura, estratégias e técnicas utilizadas permitem a consecução dos objetivos, revelando-se, por isso, eficazes, e que globalmente as sessões propostas são adequadas para o desenvolvimento das competências a que se propõem, permitindo aprendizagens a nível do auto e do heteroconhecimento.

Além da avaliação contínua ou de processo, o programa de intervenção previa também uma **avaliação final** com carácter global efetuada pelos participantes do GE que incluía as dimensões:

- avaliação das sessões (ligação dos conteúdos das sessões com as situações reais; dinâmicas/atividades utilizadas nas sessões; conhecimentos adquiridos; articulação entre componente teórica e as dinâmicas utilizadas);
- avaliação da metodologia utilizada (adequação das dinâmicas utilizadas para desenvolver as competências; adequação das TPC);
- avaliação do relacionamento (relacionamento entre os participantes; relacionamento entre eu e os outros; relacionamento entre dinamizadora e participantes);

- avaliação da professora/dinamizadora (competência da dinamizadora; preparação científica da dinamizadora);
- avaliação da participação do estudante (motivação para participar nas sessões; interesse nas sessões/conteúdos);
- avaliação do espaço físico (adequação do espaço físico);
- avaliação geral do programa (adequação das temáticas/competências do programa; duração do programa; contributo do programa para a sua formação pessoal; contributo do programa para a sua formação em enfermagem; consecução das expectativas; apreciação global do programa);
- avaliação do desenvolvimento de competências (desenvolvimento da minha competência de: comunicacional; emocional; escuta; empatia; cooperação; assertividade; entrevista em enfermagem; relação de ajuda).

Desta **avaliação global do programa**, ressaltam os resultados obtidos nas várias dimensões e nos seus itens constituintes que permitem inferir sobre a elevada qualidade do programa aqui construído, considerando que a quase totalidade dos itens alcançam uma classificação de Bom e Muito Bom que varia entre os 75% e os 100%, segundo a apreciação efetuada pelos seus participantes.

A única exceção, que por isso merece o nosso reparo, refere-se à adequação do espaço físico, que apesar da atribuição de classificação positiva, esta é significativa inferior à dos restantes itens avaliados. Importa relembrar que na seleção deste espaço físico foram equacionados: o número de participantes, as condições de luminosidade e acústica e a possibilidade de transformação da disposição do mobiliário em função das exigências das dinâmicas a utilizar. De facto as sessões decorreram num espaço de sala de aula, com necessidade de reorganização da disposição do mobiliário em cada sessão, pelo que em futuras intervenções se deve equacionar a possibilidade de efetuar essa reorganização antes de cada sessão, ou utilizar um espaço mais amplo ou, eventualmente, utilizar dois espaços físicos contíguos, com disposições diferentes.

Nesta apreciação, ressalta a evidência de ótima ligação dos conteúdos das sessões com as situações reais, de ótima adequação das dinâmicas utilizadas para desenvolver as competências, da excelente qualidade do relacionamento entre a dinamizadora e os participantes, de ótima adequação das temáticas e/ou competências do programa, do forte contributo do programa para a formação pessoal e para a formação em enfermagem dos estudantes e do notável desenvolvimento das competências previstas (comunicacional, emocional, de

escuta, empática, de cooperação, de assertividade, em entrevista em enfermagem e em relação de ajuda).

Somam-se a estes resultados, uma excelente consecução das expectativas iniciais dos estudantes, bem como uma excelente apreciação global do programa.

Pelo exposto, podemos afirmar que o programa “Cuidar-se para Saber Cuidar”, à semelhança de outros programas de intervenção desenvolvidos com estudantes do Ensino Superior (Jardim, 2007; Dias, 2008) e com bolsiros de investigação (Pinto, 2010), foi avaliado de forma francamente positiva. Julgamos, por isso, que o nível alcançado nesta avaliação se deve não só à conceção e desenho deste programa, mas simultaneamente ao rigor e seriedade imprimidos na sua operacionalização e ao sentido de utilidade nele identificado pelos participantes, aspetos que, aliás, são sustentados pela literatura (Cano, 2008; Ribeiro, 2008).

De seguida focar-nos-emos na discussão dos resultados advindos da comparação da avaliação antes e após a aplicação do programa “Cuidar-se para Saber Cuidar”) nos grupos de controlo e experimental (**estudo quasi-experimental**).

Neste estudo, a avaliação do **autoconceito** na comparação dos dois grupos como amostras independentes, os resultados não revelam diferenças significativas entre os grupos, experimental e de controlo, depois do programa. Já ao nível do estudo das amostras emparelhadas entre o antes e o depois da realização do programa, os ganhos obtidos no GE ao nível da autoeficácia são significativos, o que não se verificou no GC.

Ora, relembando que o período de tempo mediado entre o primeiro e o segundo momento de avaliação foi reduzido (aproximadamente dois meses), estes resultados corroboram a perspetiva de Shavelson e Bolus (1982) que defendem que o autoconceito geral é uma variável com relativa estabilidade temporal, diminuindo essa estabilidade na medida em que se desce na organização hierárquica do autoconceito.

Estes resultados parecem corroborar os encontrados por Bilimória (2009) que num estudo relativamente distinto, mas que investiga áreas consideradas correlacionadas (avaliação de um programa de autorregulação da aprendizagem numa população de estudantes do 7º ano do Ensino Básico), na ausência de diferenças encontradas no autoconceito e no tipo de raciocínio, conclui que sendo estes construtos de natureza estrutural, as mudanças são operadas mais a

nível das competências e não da capacidade de si, nomeadamente em intervenções de curta duração.

Para Skaalvick e Bong (2003) o autoconceito é um construto globalmente mais estável do que a autoeficácia, sobretudo quando se analisam as dimensões mais gerais, tais como autoconceito geral/global.

Neves e Faria (2009) defendem efetivamente que a maior estabilidade do autoconceito e a maior volatilidade da autoeficácia tem consequências ao nível das intervenções experimentais, dado que o sucesso destas depende essencialmente das mudanças operadas na perceção e crenças dos participantes. Deste modo, verifica-se que o sucesso das intervenções é maior ao nível das expectativas de autoeficácia, do que ao nível do conceito de si próprio, cujos resultados são mais modestos, o que as autoras relacionam com a estabilidade deste construto.

Em suma, e atendendo à generalidade da literatura, onde o autoconceito é um julgamento sobre a competência pessoal e a autoeficácia é um julgamento sobre a confiança na competência pessoal, os resultados encontrados parecem justificar-se pela mudança nas crenças e valores operada pelo programa de intervenção, que proporcionou uma maior autoconfiança nos seus participantes, ou seja, uma maior autoconfiança na capacidade de realizar com sucesso uma determinada tarefa.

Relativamente à avaliação da **assertividade** a comparação dos dois grupos como amostras independentes, mostra que não há diferenças significativas entre os grupos depois do programa. Contudo evidencia-se um aumento da pontuação média da assertividade no GE e o oposto no GC, o que aliás é reforçado na comparação da categorização da assertividade, pela tendência do aumento do número de indivíduos assertivos no GE após a participação no programa, situação que não se verifica no GC. Ao nível do estudo das amostras emparelhadas entre o antes e o depois da participação no programa, o GE obteve ganhos significativos na assertividade, não se evidenciando diferenças no GC.

No mesmo sentido apontam os resultados do estudo quasi-experimental desenvolvido por Lin et al. (2004), que após a implementação de um programa de treino de assertividade com estudantes de medicina e de enfermagem (pós-teste e follow-up), encontrou diferenças significativas na assertividade entre os dois grupos e que a assertividade foi significativamente melhorada no grupo experimental. Concluindo os autores que o programa de treino de assertividade

foi útil para os estudantes de medicina e de enfermagem na compreensão do conceito de comportamento assertivo e de como aplicá-lo na prática.

Magalhães e Murta (2003) num estudo que avaliou o efeito de um programa de treino em habilidades sociais em 13 estudantes de psicologia, antes e após a intervenção, encontram melhorias em todos os fatores do Inventário de Habilidades Sociais, o que sugere que a intervenção promoveu o desenvolvimento de habilidades sociais nos participantes. Também o estudo de Del Prette e Del Prette (2003a) com um desenho de investigação semelhante, mas com uma amostra de 10 estudantes universitários da área das ciências exatas, revela resultados com diferenças significativas entre o pré e o pós intervenção, concluindo que houve desenvolvimento ou aprimoramento de habilidades sociais que são facilitadoras na transição entre o ambiente universitário e o mercado de trabalho.

A intervenção educativa para prevenir o consumo de álcool e tabaco destinada a fortalecer os fatores protetores: autoestima e assertividade, desenvolvida por Almanza e Pillon (2004) num estudo quasi-experimental de seis semanas, com adolescentes, revelou o efeito positivo do programa através do incremento da autoestima e da assertividade apenas nos participantes do GE no final da intervenção. Paralelamente na comparação das médias da autoestima e da assertividade nos dois grupos, estas foram significativamente maiores no GE.

Deste modo, podemos inferir que no nosso estudo, os ganhos obtidos na assertividade dos estudantes têm origem no programa de intervenção “Cuidar-se para Saber Cuidar”, comprovando a sua validade interna, e que este proporcionou aos seus participantes um incremento da expressão de sentimentos, pensamentos e crenças de forma adequada, tornando-os capazes de se respeitarem e valorizarem a si e aos outros, estabelecendo relações horizontais modeladas pela cooperação, negociação, equilíbrio, compromisso e busca de benefícios mútuos. Além disso, o quadro conceptual defendido por Caballo (2008a), de equivalência entre os termos habilidade social e comportamento assertivo, propõe praticamente o mesmo conjunto de categorias a treinar. Os termos habilidades sociais e competências sociais são frequentemente utilizados como sinónimos, pelo que julgamos poder afirmar que o programa de intervenção “Cuidar-se para Saber Cuidar” é eficaz no desenvolvimento de competências sociais.

No que se refere à avaliação da **alexitimia** a comparação dos dois grupos como amostras independentes revelou diferenças significativas entre os grupos

experimental e de controlo depois do programa, relativamente às dimensões dificuldade em descrever sentimentos (F2), pensamento orientado externamente (F3) e alexitimia (total). Estes resultados são reforçados e clarificados na comparação da categorização da alexitimia, cujas diferenças significativas alcançadas pelo GE, evidenciam um aumento do número de indivíduos sem alexitimia neste grupo, depois da sua participação no programa, (situação que não acontece no GC). No estudo das amostras emparelhadas entre o antes e o depois da realização do programa, os ganhos obtidos no GE são significativos em todas as dimensões da alexitimia (F1 – Dificuldade em identificar sentimentos; F2 – dificuldade em descrever sentimentos e F3 – pensamento orientado externamente). Em simultâneo, neste momento de avaliação, o GE e o GC evidenciaram uma diferença significativa globalmente na alexitimia.

Os resultados do nosso estudo corroboram achados de investigações empíricas que estudam os efeitos de diversas intervenções e até tratamentos com eficácia na alexitimia.

Assim, Bekker et al. (2008), numa amostra feminina, constataram que o treino de assertividade e o reforço da regulação das emoções (alexitimia) são importantes para a capacidade de resolução de problemas e autonomia. Levant, Halter et al. (2009), com uma amostra masculina e desenho quasi-experimental, desenvolveram uma intervenção psicoeducacional breve específica (Tratamento de Redução da Alexitimia) que evidenciou significativa redução na alexitimia. Dolhanty e Greenberg (2009), utilizando a Terapia Focada na Emoção (EFT), constataram que esta aumenta a consciência da experiência interna e diminui a dureza da crítica interna em doentes com anorexia, concluindo que esta é eficaz na diminuição da alexitimia (especificamente na dimensão dificuldade em identificar sentimentos – F1).

Arias, Justo e Granados (2010), num estudo com uma amostra de estudantes universitários (GE – 46; GC – 22), com o objetivo de determinar se o treino em meditação produzia efeitos sobre a alexitimia e as habilidades sociais, obtiveram resultados que revelaram diferenças significativas nas habilidades sociais no GE após a intervenção de meditação e na análise intragrupo, diferenças significativas em alexitimia e habilidades sociais no GE. Os autores consideram que a diminuição da pontuação da alexitimia teve origem na aprendizagem da diferenciação das sensações fisiológicas (próprias da excitação emocional) e na redução da excitação fisiológica e reatividade neurovegetativa, como efeitos do programa de meditação. Ou seja, o programa produziu uma melhoria da

identificação e diferenciação emocional e um incremento da percepção da sua regulação, que por sua vez melhora as pontuações de alexitimia. No âmbito das relações entre alexitimia e habilidades sociais, concluem que a melhoria na identificação e diferenciação emocional e na percepção da sua regulação, por sua vez, melhoraria a percepção de autovalorização das habilidades sociais e da interação.

É ainda de referir o estudo de Nelis et al. (2011) que, embora analisando um construto considerado correlacionado com a alexitimia, mostra que um treino relativamente breve melhora a competência emocional em adultos, o que em follow-up trouxe mudanças positivas no bem-estar, saúde subjetiva, qualidade das relações sociais e empregabilidade.

Por outro lado, Liang e West (2011) num estudo com estudantes de psicologia sobre a relação entre saúde relacional (interações interpessoais mutuamente empáticas e empoderadas) e sofrimento psíquico, concluem que a alexitimia medeia o efeito direto da saúde relacional pobre no sofrimento psíquico da pessoa e apontam o planeamento de intervenções de aconselhamento para as pessoas com a saúde relacional baixa e sintomas alexitímicos.

Ciarrochi, Scott, Deane e Heaven (2003) medem, em estudantes universitários ($n=333$), um conjunto de variáveis que consideram correlacionáveis (a habilidade de resolução de problema, a alexitimia, o controlo emocional e a consciência emocional) que denominam de competência social e emocional. Constatam que estas variáveis conjugadas com eventos stressantes são importantes preditores da saúde mental e social, defendendo que estes achados têm implicações importantes para a conceção de programas de intervenção social emocional.

Assim, no contexto da intervenção aqui proposta, podemos inferir que esta contribui para diminuir as pontuações da alexitimia dos participantes do GE, concorrendo para tal a diminuição das pontuações de todas as suas dimensões. O que, de acordo com a literatura (Veríssimo, 2000; Lopes, 2006; Decety & Moriguchi, 2007; Moriguchi et al., 2007), contribui para o incremento da consciência dos próprios estados emocionais, sendo este um pressuposto para o reconhecimento dos estados emocionais dos outros, permitirá o desenvolvimento da empatia e de relações interpessoais gratificantes.

• Estudo 3

Finalmente, e no que se refere ao estudo de follow-up realizado no final do primeiro ensino clínico, os resultados evidenciam que o impacto do programa de intervenção, medido seis meses após a sua implementação, se fez notar no autoconceito, na assertividade, na alexitimia, nas competências relacionais de ajuda e na comunicação interpessoal.

Assim, relativamente à avaliação do **autoconceito**, a comparação dos dois grupos como amostras independentes demonstra a existência de diferenças significativas na dimensão autoeficácia (diferença que se mantém do estudo anterior) e no autoconceito entre os grupos experimental e de controlo (em follow-up). Merecem, também, a nossa referência os resultados obtidos no estudo das amostras emparelhadas entre o antes e o follow-up do programa (apresentado no capítulo análise comparativa inter-estudos) que traduzem ganhos muito significativos no GE ao nível das dimensões aceitação social, autoeficácia e maturidade psicológica, e globalmente no autoconceito, o que não se evidenciou no GC.

Julgamos que neste estudo, de follow-up, com um espaço temporal mais dilatado relativamente à segunda e à primeira avaliação, tornou evidentes as diferenças entre grupos que possam ter origem no programa de intervenção realizado. Corroborando, assim, as perspetivas defendidas em diversos estudos empíricos sobre a possibilidade de modificação do autoconceito através de intervenção (Marsh et al., 2007; Parker et al., 2008; Marsh et al., 2009; Sahin et al., 2011).

No estudo de Fuentes, García, Gracia e Lila (2011) com 1281 adolescentes, embora não incluindo no seu desenho a avaliação de qualquer intervenção, os resultados indicam que uma maior pontuação no autoconceito corresponde a um melhor ajustamento social, a boas habilidades pessoais e sociais e menos problemas comportamentais, o que, na opinião dos autores, suporta a ideia de que o autoconceito é um construto estreitamente relacionado com o ajustamento psicossocial. Assim, estes resultados parecem-nos reforçar os resultados obtidos com a intervenção desenvolvida nesta investigação.

Do mesmo modo, o estudo longitudinal de Edwards et al. (2010) para autoavaliação do stresse e autoestima em estudantes de enfermagem nas diferentes fases do seu processo de formação, revelou que o stresse é maior no início do terceiro ano (último ano) de treino clínico (ensino clínico), sendo estes valores significativamente mais elevados do que em qualquer outro momento do

curso. Paralelamente a autoestima é mais baixa no final do ensino clínico, sugerindo os autores o desenvolvimento de efetivas intervenções de stresse. Também na avaliação do stresse em estudantes de enfermagem Dias e Silva (2011), após a participação em unidade curricular de gestão de stresse que incluiu o desenvolvimento pessoal e o desenvolvimento de competências, confirma a evidência de mudanças nos comportamentos e atitudes face ao stresse.

Os achados de Parker et al. (2008) com uma amostra de 523 estudantes do Ensino Superior, sugerem que a intervenção por eles estudada pode ser usada para melhorar o autoconceito e a satisfação com a vida em populações estudantis.

Os resultados encontrados no nosso estudo parecem-nos consistentes com o Modelo dos Efeitos Recíprocos (REM) proposto após estudo de desenho longitudinal, com uma amostra representativa dos adolescentes de uma cidade alemã ($n=1135$) em três momentos de avaliação, por Marsh et al. (2007), que implica que o autoconceito e o desempenho (desenvolvimento de habilidades) são reciprocamente relacionados e se reforçam reciprocamente, ou seja, melhorar o autoconceito conduzirá a uma melhor performance e melhor desempenho levará a melhor autoconceito. Sugerem os autores que a estratégia mais eficaz é melhorar o autoconceito e o desempenho em simultâneo.

De facto, os resultados deste estudo de follow-up do programa de intervenção proposto, mostram a sua eficácia na melhoria do autoconceito dos seus participantes e, de acordo com os resultados do seu desempenho em ensino clínico (a serem discutidos mais à frente) em favor do GE. Na comparação com o GC, podemos afirmar que o programa “Cuidar-se para Saber Cuidar” é estratégia adequada para o desenvolvimento recíproco do autoconceito e da performance em ensino clínico, concretamente no que se refere às competências relacionais de ajuda e de comunicação interpessoal em enfermagem.

No que se refere à avaliação da **assertividade**, o estudo das amostras independentes não revela diferenças entre os dois grupos. Contudo os resultados da categorização da assertividade, que no estudo anterior indicavam uma tendência para o aumento do número de indivíduos assertivos no GE, clarificam-se agora numa diferença significativa entre os grupos. Já o estudo da assertividade no emparelhamento das amostras entre o antes e o follow-up do programa (apresentado no capítulo análise comparativa inter-estudos), evidencia ganhos muito significativos apenas no GE.

Os resultados aqui encontrados são consistentes com o estudo já referenciado anteriormente de Lin et al. (2004), onde também no follow-up de um programa de treino de assertividade com estudantes de medicina e de enfermagem, a assertividade foi significativamente melhorada no grupo experimental.

Outros estudos salientam a necessidade de desenvolvimento das habilidades sociais em estudantes e profissionais de área científicas que privilegiam a relação como instrumento terapêutico.

Assim, Del Prette et al. (2004) encontram em estudantes de psicologia uma menor expressividade de sentimentos positivos e negativos relativamente à amostra normativa, considerando que isso se poderia dever ao ajustamento do estudante ao estereótipo do psicólogo como profissional mais contido e controlado (que poderia ser reforçado ao longo da formação ou constituir um fator pré-seletivo na que escolha desta área) ou a défices em habilidades sociais nessa área, que o curso de psicologia não supriria, embora focalizando outras características do desempenho social.

Apesar de existir pouca evidência empírica que descreva as competências de assertividade dos enfermeiros, alguns estudos têm revelado défices em assertividade nesta população, nomeadamente a existência de um comportamento passivo (Timmins & McCabe, 2005a), ou de comportamentos assertivos pouco frequentes (Timmins & McCabe, 2005b), sugerindo os autores que os enfermeiros precisam aprender a comportar-se assertivamente, o que deve ser incluído nos programas de formação pré e pós-graduada, refletindo-se na relação interpessoal e num comportamento profissional mais autónomo. Outros, na comparação entre médicos e enfermeiros, revelam que os enfermeiros tem pontuações mais baixas em assertividade do que os médicos (Costa, Cebrián, García, Villalonga & Román, 2010).

McCartan e Hargie (2004), utilizando a análise de situações através de role-playing com enfermeiros, encontram relação entre comportamento não assertivo e *caring*, concluindo que as competências do cuidar não podem ser oferecidas como a possível razão para a não assertividade dos enfermeiros.

Em síntese, os resultados da avaliação da assertividade no estudo de follow-up permitem afirmar que o programa de intervenção proposto contribui para o incremento desta competência nos estudantes de enfermagem, o que indo ao encontro de propostas de autores referenciados anteriormente quanto à necessidade de formação dos enfermeiros, se traduzirá numa relação

interpessoal mais gratificante, na melhor capacidade de autonomia e decisão, e num desempenho profissional mais completo, considerando que a comunicação interpessoal em enfermagem deverá ser “assertiva, responsável e cuidar”, como refere Riley (2004, p. 6).

Neste estudo, a avaliação da **alexitimia**, na comparação dos dois grupos como amostras independentes, atesta a existência de diferenças significativas nas dimensões dificuldade em identificar sentimentos e pensamento orientado externamente e, globalmente, na alexitimia, entre o GE e o GC. Estes resultados são reforçados pela diferença significativa na categorização da alexitimia, que se mantém do estudo anterior, onde é notório o aumento do número de participantes sem alexitimia no GE. Também os estudos de amostras emparelhadas entre o antes e o follow-up (apresentado no capítulo análise comparativa inter-estudos) põe em evidência os ganhos muito significativos obtidos no GE ao nível da dificuldade em identificar sentimentos, da dificuldade em descrever sentimentos e, globalmente, na alexitimia, o que não se verificou no GC. As diferenças significativas obtidas no pensamento orientado externamente não foram consideradas como ganhos do programa dado emergirem em ambos os grupos.

De algum modo estes resultados parecem corroborar os resultados encontrados por Bekker et al. (2008) que, num estudo com uma amostra feminina clínica ($n=552$) e não-clínica ($n=559$), constataam que a assertividade é forte preditor da autonomia (capacidade de ser por conta própria e para participar de forma satisfatória nas relações interpessoais) e que a componente cognitiva da alexitimia contribuiu para o autoconhecimento e para a capacidade de gerir situações novas. Concluem que o treino de assertividade e o reforço da regulação das emoções são importantes para a capacidade de resolução de problemas e autonomia.

Também em outros estudos (Christopher & McMurran, 2009) a alexitimia foi associada a menor eficácia na resolução de problemas sociais, enquanto a preocupação empática foi associada a maior eficácia na resolução desses mesmos problemas. Em enfermeiros ($n=297$) a empatia mostra correlacionar-se positivamente com a gestão de relacionamentos em grupo e com a gestão das emoções (Agostinho, 2008). Também em estudantes de enfermagem ($n=552$) se verificou que cerca de 48% apresentavam características alexitímicas, reconhecendo-se que a capacidade de compreensão empática das emoções pode

ser condicionada pela presença de características alexitímicas, ou seja pela dificuldade em identificar e descrever emoções e sentimentos (Lopes, 2006a).

Os resultados encontrados por Lopes (2011), com uma amostra feminina saudável (estudantes do Ensino Superior), mostram a existência de uma correlação negativa entre alexitimia e autoconceito, e de uma correlação positiva entre assertividade e autoconceito, revelando que menores características alexitímicas e maiores níveis de assertividade estão associados a um melhor autoconceito. No mesmo sentido apontam os resultados de um estudo com estudantes universitários (ciências exatas e ciências humanas) que evidencia uma correlação positiva entre assertividade e locus de controlo interno e autoestima, e uma correlação negativa entre assertividade e ansiedade, o que é consistente com o modelo-cognitivo comportamental, segundo o qual o autoconceito e a autoestima afetam o desempenho social (Bandeira, Quaglia, Bachetti, Ferreira & Souza, 2005).

Ciarrochi, Heaven & Supavadeeprasit (2008) estudam, longitudinalmente durante um ano, o impacto das competências de identificação emocional no apoio social em 667 estudantes adolescentes. Constatam que a baixa competência de identificação emocional prediz o aumento do medo, diminui o afeto positivo e diminui a qualidade e quantidade de apoio social. Estes factos levam os autores a concluir que é necessário ensinar diretamente competências de identificação da emoção e observar o efeito deste ensino no futuro social e bem-estar. Discutem os autores que alguns programas de intervenção com adolescentes já ensinam a identificação de emoções, tendo-se mostrado eficazes. Propõem, por isso, uma intervenção focada, visando exclusivamente a identificação de emoções, uma vez que os resultados sugerem que uma intervenção desse tipo pode ter um impacto benéfico sobre a vida social e emocional dos adolescentes.

Diogo (2006, p. 254), num estudo utilizando a metodologia da *Grounded Theory* com uma amostra de enfermeiros, conclui que “as emoções e sentimentos dão forma à existência de ser enfermeiro e dão sentido ao próprio cuidar, preenchendo o vazio dos cuidados técnicos, guiando o relacionamento entre a pessoa cuidada e a pessoa que cuida”.

Os resultados patentes neste estudo de follow-up confirmam os referidos anteriormente, sendo evidente a eficácia demonstrada pelo programa de intervenção, não só na identificação de sentimentos e na descrição de sentimentos, mas globalmente na diminuição das características alexitímicas dos

estudantes do GE, o que contribuirá para uma melhor competência empática e maior eficácia na resolução de problemas, com um impacto positivo no relacionamento interpessoal e no desempenho académico e/ou profissional.

Relativamente à avaliação das **competências relacionais de ajuda**, a comparação dos dois grupos como amostras independentes, põe em evidência diferenças significativas entre os grupos experimental e de controlo ao nível das competências genéricas, das competências de comunicação, da competência empática e globalmente das competências relacionais de ajuda.

Estes resultados encontrados no nosso estudo são consistentes com os de Araújo e Gomes (2010) que, também com estudantes de enfermagem, observam que o desenvolvimento das competências relacionais de ajuda está associado sobretudo às competências genéricas, competências empáticas e competências de comunicação, e dependente de variáveis pessoais.

São consistentes também com a pesquisa de Melo (2005) que em estudantes do 4º ano do CLE, encontra relação significativa entre o desenvolvimento do autoconceito (em todas as dimensões – aceitação social, autoeficácia, maturidade e impulsividade) e o desenvolvimento de competências relacionais de ajuda, defendendo que para facilitar o desenvolvimento de competências relacionais de ajuda nos estudantes de enfermagem é essencial atender às suas características individuais. Importa ressaltar que a população deste estudo se encontra numa fase mais avançada da sua formação académica, bem como do seu desenvolvimento pessoal.

De acordo com a base conceptual do ICRA (Ferreira et al., 2006), e numa análise de pormenor dos conceitos que estão subjacentes às dimensões detetadas com notórias diferenças entre os grupos, podemos constatar que o programa “Cuidar-se para Saber Cuidar” permitiu o desenvolvimento de competências genéricas através do incremento do conhecimento de si e dos conhecimentos profissionais; o desenvolvimento das competências de comunicação através do incremento da comunicação verbal, mas essencialmente da comunicação não-verbal (olhar, toque, escuta, distância e meios de comunicação; o desenvolvimento das competências empáticas através do incremento da compreensão empática, respeito caloroso, autenticidade e especificidade. Os avanços alcançados nestas dimensões culminam no incremento global das competências relacionais de ajuda dos estudantes do GE (visível nas pontuações médias).

Deste modo, atendendo aos resultados evidenciados no nosso estudo relativamente às competências relacionais de ajuda, podemos inferir que o programa de intervenção aqui delineado, para além dos ganhos já referenciados ao nível das competências pessoais e sociais (autoconceito, alexitimia e assertividade) evidenciou um impacto positivo ao nível do desenvolvimento das competências relacionais de ajuda dos estudantes que nele participaram. Defendendo por isso que o desenvolvimento e/ou a otimização das competências pessoais e sociais do estudante, adotando estratégias pedagógicas favorecedoras dessa evolução, deverá ser tida em consideração nos contextos formativos das competências relacionais de ajuda.

Ainda no seguimento em follow-up, no estudo das amostras independentes, a avaliação das **competências de comunicação interpessoal** (avaliadas pelo professores), evidencia diferenças significativas entre os dois grupos nas dimensões advocacia e uso terapêutico de si próprio e, globalmente, na comunicação interpessoal. Importa salientar que estes resultados são consonantes com os provenientes da autoavaliação dos estudantes (discutidos anteriormente).

Estes resultados parecem apontar alguma divergência com os encontrados por Lin et al. (2004), que após a implementação de um programa de treino de assertividade com estudantes de medicina e de enfermagem não revelou diferenças significativas na satisfação da comunicação interpessoal no pós-teste e follow-up, argumentado os autores que para além do programa ser essencialmente projetado para o aumento da assertividade, com menor relevo da comunicação interpessoal, também o tempo mediado entre o pós-teste e o follow-up foi curto (um mês).

O estudo de Nishizawa et al. (2006) em dois grupos, um de estudantes de enfermagem e outro de enfermeiras, com o objetivo de estudar as competências de comunicação dos estudantes de enfermagem, filmam a simulação do comportamento de interação dos estudantes e enfermeiras com um (suposto) paciente durante cinco minutos. Os achados mostram que os estudantes de enfermagem apresentam menos comportamentos não-verbais de comunicação que as enfermeiras, sugerindo que há uma necessidade urgente de desenvolvimento de um programa educacional de formação nas Ciências de Enfermagem para melhorar as competências de comunicação não-verbal. Defendem que os estudantes de enfermagem devem ser treinados de forma proactiva utilizando a simulação como parte da formação básica.

Também no ensino da medicina Dyché (2007) defende que deve ser dado mais ênfase à comunicação não-verbal, uma vez que esta carrega o conteúdo emocional do discurso que o autor refere como competências interpessoais, e que estas têm recebido menor atenção que as tarefas orientadas para os aspetos verbais da comunicação.

Paralelamente, na literatura pesquisada, são encontradas evidências de eficácia de algumas experiências piloto no desenvolvimento de competências relacionais com base numa ação performativa integrada com estudantes de medicina (Csorsz, Molnar & Csabai, 2011); na aprendizagem de competências de comunicação interpessoal utilizando o teatro na educação de estudantes finlandeses do segundo ano de medicina (Koponen, Pyorala & Isotalus, 2010); na promoção de competências comunicacionais com base na reflexão (estudo qualitativo) sobre situações problemáticas em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas (Grilo, 2010); e no treino de competências específicas de comunicação em estudantes de medicina através do role-playing e com pacientes padronizados, representando ferramentas valiosas (Bosse et al. 2010).

Yahaya e Ramli (2009), em estudantes, verificam que o autoconceito se correlaciona de forma bastante significativa com as competências de comunicação interpessoal, mas não com o desempenho académico e sugerem que as competências de comunicação interpessoal devem ser introduzidas como disciplina no currículo escolar, o que promoverá o desenvolvimento da autoconfiança, mas também do seu autoconceito.

Por outro lado, e consonante com os resultados do nosso estudo, salientamos a implementação do projeto *Therapeutic Relationships BPG*, realizada por Edwards et al. (2006), com o objetivo de determinar a existência de melhoria nas competências de comunicação dos enfermeiros. Comparam a frequência e a qualidade das competências de comunicação não-verbal selecionadas (calor, escuta ativa, iniciação da relação terapêutica e assertividade) utilizadas pelas enfermeiras antes e cinco meses após a sua implementação. A evidência de que a melhoria da assertividade melhoraria significativamente as habilidades de escuta ativa e iniciação da relação terapêutica após a intervenção, sustentam a importância da implementação de estratégias que visem o desenvolvimento de competências de comunicação e relação, focada na implicação prática que gestores e enfermeiros utilizem estas estratégias para avaliar a prática de enfermagem.

Os resultados do nosso estudo permitem inferir que este programa de intervenção teve impacto positivo nas competências de comunicação interpessoal dos estudantes de enfermagem, sustentando o seu interesse e utilidade na formação desta população.

Em síntese, os resultados obtidos através dos diferentes instrumentos e métodos de pesquisa permitem concluir que o programa “Cuidar-se para Saber Cuidar” evidenciou a sua eficácia na promoção de competências pessoais e sociais dos participantes da amostra (GE) que contribuíram para um impacto positivo nas competências relacionais de ajuda (referenciado pelos estudantes) e nas competências de comunicação interpessoal (referenciado pelos professores) durante a realização do primeiro ensino clínico do CLE.

CAPÍTULO VIII – CONCLUSÕES

O interesse e estudo das habilidades e competências sociais há algumas décadas que suscita a atenção de teóricos, clínicos e investigadores, beneficiando dos resultados da sua aplicabilidade na intervenção clínica e psicoterapia evidenciados pelo treino de competências sociais, primeiramente utilizado em populações clínicas e em crianças, estendem atualmente a sua aplicabilidade às mais distintas áreas do funcionamento humano (pessoal e social), populações (adolescentes, jovens, adultos e idosos) e contextos (saúde, educação, gestão, trabalho, entre outros), traduzindo-se num incremento do corpo de conhecimentos, existindo, apesar de tudo, ausência de uma teoria geral que abarque a prática, a avaliação e o treino de competências sociais. O relacionamento interpessoal gratificante está dependente do adequado desenvolvimento de um conjunto de competências sociais e habilidades de relacionamento, cuja influência se constata no bem-estar, na saúde e no desempenho académico e profissional do indivíduo.

Em Enfermagem a qualidade dos cuidados é fortemente marcada pelas atitudes e comportamentos de quem cuida e, sendo os cuidados de enfermagem desenvolvidos essencialmente através da relação interpessoal, exige ao enfermeiro competências centradas em princípios humanistas e de relação de ajuda, incorporando-se o Saber Fazer Relacional no Saber Fazer. Deste modo quanto mais e melhor o enfermeiro se conhece a si próprio, melhor cuidará. É certo que a competência profissional se desenvolve através da boa combinação das dimensões: clínica, técnica e relacional, no entanto esta última, tem sido algo desvalorizado (Roach, 1993 citado em Crossetti et al., 2000; Lazure, 1994; Hesbeen, 2001).

O desafio deste trabalho de investigação consistiu em integrar estas duas temáticas – desenvolvimento de competências pessoais e sociais e cuidar em enfermagem – partindo de algumas evidências teóricas e também empíricas que demonstram que o autoconhecimento, as características pessoais, o reconhecimento, a expressão de emoções, a assertividade, a empatia, entre outras, são determinantes na qualidade da relação enfermeiro–cliente.

Esta investigação teve como propósito avaliar o impacto de um programa de promoção de competências pessoais e sociais no desenvolvimento de relações interpessoais e de ajuda dos estudantes de enfermagem durante o ensino clínico, no sentido de contribuir para a formação de estudantes de enfermagem, mas também de futuros enfermeiros, na valorização das competências relacionais/relações interpessoais no cuidar em enfermagem, contribuindo naturalmente para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao utente, família e comunidade.

Com suporte num desenho e método quasi-experimental, foi construída uma metodologia de investigação que permitiu avaliar o processo, os resultados e o impacto do programa, concebido intencionalmente e aplicado numa amostra de estudantes de enfermagem.

Decorrentes da sistematização dos resultados obtidos são apresentadas as **principais conclusões** dos diferentes estudos.

Estudo preparatório

Os resultados dos estudos de adaptação da ICAS (consistência interna, confiabilidade teste-reteste, validade de conteúdo e validade de construto) evidenciaram que a versão em português possui propriedades que atestam a sua boa qualidade e adequação para avaliar as competências de comunicação interpessoal dos estudantes da licenciatura em enfermagem, em contexto de ensino clínico.

Estudo 1

Os resultados dos estudos inferenciais entre os grupos, experimental e de controlo, demonstram que estes são equivalentes relativamente às variáveis analisadas: caracterização sociodemográfica e familiar, caracterização da escolha, ingresso, frequência do CLE e competência pessoal e social (autoconceito, alexitimia e assertividade).

Da análise de conteúdo resultante da opinião dos estudantes acerca das competências essenciais para a qualidade dos cuidados em enfermagem e das competências profissionais a que o Curso os deveria habilitar, ficou evidente uma maior valorização do Saber Fazer, concretamente através da sobrevalorização das Técnicas e Procedimentos, em detrimento do Saber, especialmente do Conhecimento Científico, concluindo-se que os estudantes de enfermagem nesta fase da sua formação possuem um conceito de Cuidar em Enfermagem muito

centrado na execução de tarefas e técnicas de enfermagem e menos na cientificidade do Saber em Enfermagem, tão essencial à autonomia da profissão de enfermeiro e à ciência de enfermagem. Evidente ficou também a valorização para a qualidade do Cuidar em Enfermagem, do Saber Fazer Relacional especialmente através da relação de ajuda, dos princípios humanistas e da comunicação.

Os estudantes identificaram como necessidades, relativamente às características pessoais para melhorar o seu bem-estar pessoal ou para ser um bom enfermeiro ou ainda para facilitar a competência de um enfermeiro, o desenvolvimento da sua competência comunicacional, da sua competência emocional, da sua autoestima e do seu comportamento assertivo.

Estudo 2

As motivações e as expectativas que originaram a participação dos estudantes nesta investigação centraram-se no desenvolvimento das suas competências pessoais (objetivando o crescimento pessoal) e no desenvolvimento de competências necessárias para o ensino clínico, perspetivando um desenvolvimento global de competências profissionais, pessoais e sociais.

Com base na avaliação processual bastante positiva pode concluir-se acerca da adequação e eficácia da estrutura, estratégias e técnicas utilizadas nas sessões para a dinamização e abordagem das competências a desenvolver e para a consecução dos objetivos e que as sessões são adequadas para o desenvolvimento das competências a que se propõem, permitindo aprendizagens a nível do auto e do heteroconhecimento.

A qualidade do programa conclui-se pela excelente avaliação global efetuada pelos seus participantes, que permitiu um notável desenvolvimento das competências – comunicacional, emocional, de escuta, empática, de cooperação, de assertividade – e da consecução das expectativas.

As principais conclusões do estudo de avaliação da eficácia do programa, obtido através dos resultados do estudo quasi-experimental, incidem sobre os ganhos positivos obtidos em curto prazo com a realização da intervenção no aumento da autoeficácia e da assertividade e na diminuição da dificuldade em identificar e descrever sentimentos, do pensamento orientado para aspetos externos ao indivíduo e da alexitimia (traduzida também no aumento de participantes sem alexitimia).

A eficácia demonstrada pela intervenção no desenvolvimento de competências pessoais e sociais contribui para o autoconhecimento e o heteroconhecimento e fomenta o desenvolvimento de relações interpessoais gratificantes.

Estudo 3

No follow-up do estudo quasi-experimental conclui-se que a intervenção experimentada produz impacto positivo a médio prazo na melhoria da aceitação social, da autoeficácia, da maturidade psicológica e do autoconceito; do aumento da assertividade (representada também no aumento de indivíduos com comportamentos assertivos); na diminuição da dificuldade em identificar e descrever sentimentos e da alexitimia (evidente também no aumento do número de indivíduos sem alexitimia).

Conclui-se ainda que o impacto positivo do programa a médio prazo é extensivo às competências relacionais de ajuda, incluindo-se as competências genéricas, as competências de comunicação e a competência empática; e à comunicação interpessoal, incluindo-se a advocacia e o uso terapêutico de si próprio, ambas competências essenciais ao desenvolvimento do ensino clínico.

Globalmente, podemos concluir que o programa “Cuidar-se para Saber Cuidar” é uma intervenção adequada para o desenvolvimento do autoconceito, da assertividade e diminuição da alexitimia, com implicações nas relações interpessoais, na empatia, na capacidade de autonomia e decisão, na eficácia da resolução de problemas, determinantes para o adequado desenvolvimento das competências relacionais de ajuda e da competência de comunicação interpessoal em enfermagem, atingindo uma melhor performance em ensino clínico.

Importa ainda realçar que o processo de conceção, implementação e avaliação do programa de intervenção “Cuidar-se para Saber Cuidar”, alicerçado nas perspetivas cognitivo-comportamental e humanista, organizado em sessões estruturadas e formais, utilizando estratégias e técnicas da dinâmica de grupos que fomentaram a participação ativa dos seus elementos, foi determinante para a consecução do objetivo que inicialmente havia sido definido para este programa educativo – promover e/ou otimizar o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e profissionais dos estudantes de enfermagem, ambicionando como resultado final, para além do bem-estar pessoal e social, também o sucesso académico e profissional, possibilitado pelo desenvolvimento de

competências relacionais, que nas Ciências de Enfermagem têm tradução no Saber-fazer Relacional.

Para o sucesso do programa contribuíram decisivamente vários fatores: a sustentação teórica do programa, o desenho metodológico e de avaliação da intervenção, a utilização de estratégias e dinâmicas de grupo válidas e eficazes, a intervenção em grupo, a forte componente prática, a disponibilidade, o interesse e a participação ativa dos elementos do grupo, a operacionalização séria e rigorosa e o reconhecimento de sua utilidade (pelos participantes).

Deste modo conclui-se que o programa “Cuidar-se para Saber Cuidar” possui validade, consistência e utilidade no desenvolvimento e na aprendizagem de competências pessoais, sociais e profissionais dos estudantes de enfermagem, promove o bem-estar pessoal e social e o sucesso acadêmico e profissional com implicações positivas evidentes no desenvolvimento de competências relacionais de ajuda e de comunicação interpessoal, isto é no Saber Fazer Relacional.

Os resultados apresentados nesta investigação ainda que permitissem tecer as anteriores conclusões e admitir a sua alta validade interna, devem ser generalizados com cuidado para além do presente estudo, na sequência da sua baixa validade externa, em razão da especificidade da população e do contexto.

Sugestões

A reflexão sobre os resultados da nossa investigação permite-nos apontar algumas sugestões para a sua continuidade em investigações futuras.

Apesar das propriedades reveladas pela versão portuguesa da ICAS no estudo de validação e aferição, importa a sua replicação em futuras investigações no sentido de melhor compreender o seu comportamento, bem como a sua utilização em amostras diversificadas (estudantes em fase inicial da licenciatura, estudantes no término da Licenciatura, estudantes em fase inicial do mestrado em enfermagem e estudantes no término do mestrado em enfermagem), de modo a explorar outras potencialidades do instrumento.

Sugerimos também a realização de novos estudos quasi-experimentais com populações semelhantes que contemplem uma projeção de seguimento de longo prazo e/ou com populações distintas, de enfermeiros ou estudantes de mestrado, os quais possam, respetivamente, avaliar quais os contributos a longo prazo e subsidiar e aprimorar o programa de intervenção aqui proposto.

O investimento nesta área de investigação afirma-se-nos promissor, consideradas as referências na literatura acerca da aplicabilidade do treino de

competências sociais e do quão essencial são as competências relacionais para a qualidade do Cuidar em Enfermagem. O pioneirismo, as evidências e o contributo científico na formação em Enfermagem norteiam no sentido de um aprofundamento desta área do conhecimento.

Implicações para a formação do enfermeiro e para a Enfermagem

Na finalização desta investigação importa refletir sobre algumas implicações práticas para a formação do enfermeiro e para a Enfermagem.

Logicamente que uma das implicações práticas mais óbvias será a aplicação do programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais aos estudantes que frequentam o CLE. Proposta que, embora possa ser efetuada como atividade extracurricular, afigura-se-nos ter maior interesse a sua inclusão no plano de estudos e currículo escolar dos CLE como unidade curricular, de carácter opcional ou obrigatório, mas com a definição precisa sobre os objetivos, competências/conteúdos, organização e estruturação, estratégias e técnicas, e instrumentos de avaliação. De facto, julgamos que as evidências resultantes desta investigação poderão ser úteis na formação de novos enfermeiros e por isso, tidas em consideração pelas Escolas de Enfermagem.

Por outro lado, reconhecendo o papel fundamental da vertente relacional para os cuidados de enfermagem de elevada qualidade, e simultaneamente a sua importância na satisfação do cliente/pessoa cuidada, o que, conjuntamente com as necessidades de formação dos enfermeiros (referenciadas na literatura) no que se refere às competências relacionais, consideramos que o desenvolvimento de competências pessoais e sociais (nos moldes propostos) poderá ter potencial para ser desenvolvido nos processos de formação e atualização dos enfermeiros ao longo da vida e ponderado pelos Serviços de Saúde (Administrações Regionais de Saúde e serviços relacionados), dadas as implicações para as competências relacionais e de comunicação interpessoal em Enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros (2011, p. 1) refere, na matriz para análise dos planos de estudo dos Cursos de Pós-Licenciatura em Enfermagem, que o “exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade)” o que, de acordo com este documento, parece oportuno enfatizar também na formação de enfermeiros especialistas esta componente relacional, verificando se os planos de estudos a analisar garantem, além de um aprofundamento efetivo da conceção dos cuidados de enfermagem

especializados, que o enfermeiro especialista desenvolva uma prática de cuidados proficiente e amplie de forma continuada as suas competências para proceder a uma supervisão clínica eficaz e para otimizar as relações com os clientes no sentido da máxima obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Adicionalmente, e à semelhança de algumas associações de enfermeiras internacionais, poderão ser propostas algumas guidelines ou orientações de boas práticas para o estabelecimento de relações terapêuticas em Enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- Agostinho, L. (2008). *Competência Emocional em Enfermeiros: Um estudo em hospitais públicos*. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública à Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade Aveiro.
- Alarcão I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373–382.
- Alberti, R., & Emmons, M. (1978). *Comportamento assertivo: um guia de auto-expressão*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Almanza, S., & Pillon, S. (2004). Programa para fortalecer factores protectores que limitan el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación media. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12, 324–332.
- Almeida, A. Gomes, A., Breda, J., & Lameiras, R. (1999). Avaliação do auto-conceito nos doentes alcoólicos. *Psiquiatria clínica*, 20(2), 307–316.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (3^a ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, L., & Morais, F. (1997). Programa Promoção Cognitiva. Barcelos: Didálvi.
- Almeida, V. & Machado, P. (2004). Somatização e alexitimia: Um estudo nos Cuidados de Saúde Primários. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 285–298.
- Almeida, V., Lopes, M., & Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola Enfermagem USP*, 39(2), 202–210.
- Amack, L. (1995). Enhancing physician – patient rapport [On-line]. Acedido em <http://www.lawinfo.com/forum/physician-patient.html>.
- Amado, J. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Referência*, 5, 53–63.
- Amaro, H., & Jesus, S. (2005). Comportamentos assertivos: um estudo exploratório. *Nursing*, 199, 24–28.
- Amorim, E., Guerra, M., & Maciel, M. (2005). A alexitimia e a hostilidade em doentes que sofreram enfarte agudo do miocárdio. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1–2), 231–243.
- Araújo, B., & Gomes, L. (2010). Factores preditivos no desenvolvimento de competências relacionais de ajuda em estudantes de enfermagem. Abstracts do VII Congresso Iberoamericano de Psicología.
- Araújo, M., & Silva, M. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista da Escola de Enfermagem de USP*, 41(4), 668–674.

- Araújo, M., Silva, M., & Puggina, A. (2007). A comunicação não-verbal enquanto factor iatrogénico. *Revista da Escola de Enfermagem de USP*, 41(3), 419–425.
- Argyle, M. (1967/1994). *Psicologia del comportamiento interpersonal*. Madrid: Alianza Universidad.
- Arias, M., Justo, C., & Granados, M. (2010). Efectos de un programa de meditación (mindfulness) en la medida de la alexitimia y las habilidades sociales. *Psicothema*, 22(3), 369–375.
- Azevedo, S. (1999). *Auto-conceito e adaptação à universidade em alunos do 1º ano*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, especialidade de Psicologia Escolar, apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Bach, M., Bach, D., & Zwaan, M. (1996). Independency of alexithymia and somatization. *Psychosomatics*, 37(5), 451–458.
- Bagby, R., Parker, J., & Taylor, G. (1992). The twenty-item Toronto Alexithymia scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32.
- Bandeira, M., Costa, M., Del Prette, Z., Del Prette, A., & Gerk-Carneiro, E. (2000). Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS), Estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. *Estudos de Psicologia*, 5(2), 401–419.
- Bandeira, M., Quaglia, M., Bachetti, L., Ferreira, T., & Souza, G. (2005). Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 111–121.
- Bandeira, M., Rocha, S., Freitas, L., Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2006). Habilidades sociais e variáveis sociodemográficas em estudantes do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 541–549.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191–225.
- Bandura, A. (1997). Insights. Self-efficacy. *Harvard Mental Health Letter*, 13(9), 4–6.
- Barbetta, P. (2002). Estatística Aplicada às Ciências Sociais (5ª ed.). Florianópolis: UFSC. Acedido em <http://www.inf.ufsc.br/~freitas/cursos/Metodos/2005-2/Aulas/A11-12/6%20-%20Amostragem%20pf.pdf>.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Barrett-Lennard, G. (1993). The phases and focus of empathy. *The British Psychological Society*, 66(1), 3–14.
- Barros, S., Lobo, S., Trindade, I., & Teixeira, J. (1996). Alexitimia: saúde e doença: estudo exploratório da alexitimia em sujeitos com doença crónica. *Análise psicológica*, 14(2–3), 305–312.
- Batista, M. (2007). Complemento de formação: a grande oportunidade para clarificar e interiorizar o essencial em enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 74, 7–9.

- Beaujolin, F. (1999). *La gestion des compétences: études de cas commentées*. Paris: Nathan.
- Beck, A. (1993). Cognitive therapy: past, present and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194–198.
- Beck, A. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Bedin, E., Ribeiro, M., & Barreto, R. (2004). Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(3). Acedido em http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/13_Revisão3.html
- Bekker, M., Croon, M., van Balkom, E., & Vermeë, J. (2008). Predicting individual differences in autonomy-connectedness: the role of body awareness, alexithymia, and assertiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 64(6), 747–765.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Benrterbia, F., Berenguer, C., Esnault, O., Fischer, E., Garcia, L., Regnard, M., ... Duboscq, C. (2007). Construction et utilisation d'un outil permettant d'évaluer les compétences relationnelles des étudiants infirmiers en stage en psychiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, 90, 4–14.
- Bento, M. (1997). *Cuidados e formação em Enfermagem: Que identidade?*. Lisboa: Fim de Século.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Berthoz, S., Consoli, S., Perez-Díaz, F., & Jouvent, R. (1999). Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 14(7), 372–378.
- Bilimória, H. (2009). *Promover o desenvolvimento cognitivo e o sucesso escolar: Construção e validação de um programa de treino cognitivo*. Tese de Doutoramento em Educação, Área de especialização de Psicologia da Educação, apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Bitti, P., & Zani, B. (1997). *A comunicação como processo social* (2ª ed.). Lisboa: Editorial Estampa.
- Bohart, A., & Greenberg, L. (1997). Empathy and psychotherapy. An introductory overview. In A. Bohart, & L. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy* (pp. 3–31). Washington: American Psychological Association.
- Bohart, A.C. & Tallman, K. (1997). Empathy and the active client: an integrative, cognitive experiencial approach. In A. Bohart, & L. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy* (pp. 393–415). Washington: American Psychological Association.
- Bolsoni-Silva, A. (2002). Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6(2), 233–242.

- Bolsoni-Silva, A., & Marturano, E. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 227-235.
- Bong, M., & Skaalvik, E. (2003). Academic Self-Concept and Self-Efficacy: How Different Are They Really? *Educational Psychology Review*, 15(1), 1-40.
- Borens, R., Grosse-Schulte, E., Jaensch, W., & Kortemmmie, K. (1977). Is alexithymia but a social phenomenon?. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 193-198.
- Bosse, H., Nickel, M., Huwendiek, S., Jünger, J., Schultz, J., & Nikendei, C. (2010). Peer role-play and standardised patients in communication training: a comparative study on the student perspective on acceptability, realism, and perceived effect. *BMC Medical Education*, 10, 27-35.
- Braga, E. (2004). *Competência em comunicação: uma ponte entre aprendizado e ensino na enfermagem*. Tese de Doutorado em Enfermagem, apresentada Universidade de São Paulo.
- Braga, E., & Silva, M. (2006). Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem de USP*, 40(3), 329-335.
- Brownell, J., & Jameson, D. (2004). Problem-based learning in graduate management education: An integrative model and interdisciplinary application. *Journal of Management Education*, 28(5), 558-577.
- Buchanan, D., Waterhouse, G., & West Jr., S. (1980). A proposed neurophysiological basis of alexitimia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34, 248-255.
- Bueno, J., Oliveira, S., & Oliveira, J. (2001). Um estudo entre habilidades sociais e traços de personalidade. *Psico-USF*, 6(1), 31-38.
- Burley-Allen, M. (1995). *Managing Assertively - How To Improve Your People Skills - A Self-Teaching*. New York: John Wiley and Sons Ltd.
- Burns, D., & Auerbach, A. (1997). Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: does it really make a difference? In P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp.135-164). New York: Guilford Press.
- Burns, R. (1982). *Self-concept development and education*. London: Holt, Rinehart and Winston.
- Caballo, V. (2008a). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Caballo, V. (2008b). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Caballo, V. (2009). *Manual de evaluación e entrenamiento de las habilidades sociales* (8ª ed.). Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Caldarella, P., & Merrel, R. (1997). Common dimensions of social skills of children and adolescents: A taxonomy of positive behaviors. *School Psychology Review*, 26, 264-27.

- Cano, I. (2008). *Introdução à avaliação de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Carey, E., Rasmussen, L., Searcy, B., & Stark, N. (1989). Hildegard Peplau: Enfermeria psicodinâmica. In A. Marriner (Ed.), *Modelos y teorías de Enfermería* (pp. 157–170). Barcelona: Ediciones ROL s.a.
- Carneiro, B., & Yoshida, E. (2009). Alexitimia: uma revisão do conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 103–108.
- Carneiro, R. S. & Falcone, E. O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 119–126.
- Carochinho, J. (2002). Assertividade e compromisso organizacional: evidências de um estudo empírico. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 7(1), 37–52.
- Castenyer, O. (2006). *A assertividade – expressão de uma auto-estima saudável* (6ª ed.). Coimbra: Edições Tenacitas.
- Castro, R., & Silva, M. (2001). A comunicação não-verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de Saúde Mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(1), 80–87.
- Chalifour, J. (1993). *Eiseigner la relation d'aide*. Québec: Gaetan Morin Editeur.
- Chandler, T., Cook, B., & Dugovics, D. (1978). Sex differences in self-reported assertiveness. *Psychological Reports*, 43(2), 395–402.
- Chant, S., Tim, B., Randle, J., Russell, G., & Webb, C. (2002). Communication skills training in healthcare: a review of the literature. *Nurse Education Today*, 22(3), 189–202.
- Chittoni, R. (2007). Jogos e dinâmicas de grupo. Acedido em <http://www.dinamicas.chittoni.com.br/?p=243#more-243>.
- Christopher, G., & McMurran, M. (2009). Alexithymia, empathic concern, goal management, and social problem solving in adult male prisoners. *Psychology, Crime & Law*, 15 (8), 697–709.
- Ciarrochi, J., Deane, F., Wilson, C., & Rickwood, D. (2002). Adolescents who need help the most are the least likely to seek it: the relationship between low emotional competence and low intention to seek help. *British Journal of Guidance & Counselling*, 30(2), 173–188.
- Ciarrochi, J., Heaven, P., & Supavadeeprasit, S. (2008). The link between emotion identification skills and socio-emotional functioning in early adolescence: A 1-year longitudinal study. *Journal of Adolescence*, 31(5), 565–582.
- Ciarrochi, J., Scott, G., Deane, F., & Heaven, P. (2003). Relations between social and emotional competence and mental health: A construct validation study. *Australian Journal of Psychology*, 55(Supplement), 38.
- Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, P., & Muehlenkamp, J. (2010). Brief report: The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33(1), 775–778.

- Collière, M. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros Portugueses.
- Costa, C., Cebrián, I., García, J., Villalonga, L., & Román, C. (2010). Habilidades sociales en los profesionales de urgencias y cuidados críticos de un hospital público comarcal. *Enfermería Intensiva*, 21(4), 136–141.
- Cotton, K. (2001). Developing empathy in children and young. *School improved research series*. Acedido em <http://www.nwrel.org/scpd/sirs/7/cu13.html>
- Crossetti, M., Buógo, M., & Kohlausch, E. (2000). Ações de cuidar na enfermagem de natureza propedêutica e terapêutica e suas interfaces com os atos de outros profissionais. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 21(1), 44–67.
- Cruz, A., Sá, A., Pereira, G., & Novais, R. (2002). O método individual de trabalho e suas implicações. *Revista Sinais Vitais*, 43, 25–29.
- Csorsz, I., Molnar, P., & Csabai, M. (2011). Medical students on the stage: An experimental performative method for the development of relational skills. *Medical Teacher*, 33, e489–e494.
- Cunha, P., & Zagonel, I. (2008). As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 412–419.
- Custódio, S., Domingues, C., Vicente, L., Silva, M., Dias, M., & Coelho, S. (2010). Auto-conceito/auto-estima e vinculação nas relações de namoro em estudantes do ensino secundário. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, ... M. C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1615–1628). Braga: Universidade do Minho.
- Daiski, I. (2004). Changing nurses' dis-empowering relationship patterns. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 43–50.
- Damásio, A. (1996). *O erro de Descartes – Emoção, razão e cérebro humano* (16ª ed.). Nem Martins: Publicações Europa – América.
- Damásio, A. (2000). *O sentimento de si – O corpo, a emoção, razão e a neurobiologia da consciência* (11ª ed.). Nem Martins: Publicações Europa – América.
- Davis, M. (1980). *A Multidimensional approach to individual differences in empathy*. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology* (Vol. 10). Austin: The University of Texas.
- Davis, M. (1983a). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126.
- Davis, M. (1983b). The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: a multidimensional approach. *Journal of Personality*, 51(2), 167–184.
- De Meester, D., Lauer, T., & Neal, S. (1989). Virginia Henderson: Definición de Enfermería. In A. Marriner (Ed.), *Modelos y teorías de Enfermería* (pp. 67–78). Barcelona: Ediciones ROL s.a.

- Decety, J., & Moriguchi, Y. (2007). The empathic and brain its dysfunction in phychiatric populations: mplications for intervention across different clinical conditions. *BioPsychoSocial Medicine*, 1, 1–22.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho de grupo*. Petrópolis: Vozes. Acedido em <http://www.rihs.ufscar.br>
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2003a). No contexto da travessia para o ambiente de trabalho: treinamento de habilidades sociais com universitários. *Estudos de psicologia*, 8(3), 413–420.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2003b). Assertividade, sistema de crenças e identidade social. *Psicologia em Revista*, 9(13), 124–136.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2006). *Habilidades sociais: Conceitos e campo teórico-prático*. Acedido em <http://www.rihs.ufscar.br>
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2008). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho de grupo* (7^a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, A., Del Prette, Z., Barreto, M., Bandeira, M., Rios-Saldaña, M., Ulian, A., ... Villa, M. (2004). Habilidades sociais de estudantes de psicologia: um estudo multicêntrico. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 17(3), 341–350.
- Del Prette, Z., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2005). *Habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2008). Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 24 (4), 497–505.
- Deliberação n.º 967/2010 de 1 de Junho. Classificação Portuguesa das Profissões de 2010 (CPP/2010). Diário da República n.º 106/2010 – 2.ª Série: 30278–30292. Conselho Superior de Estatística. Lisboa.
- Detry, B., & Castro, M. (1990). *O teste de frustração de S. Rosenzweig (forma adultos) adaptação, estudo de normas e análise de validade*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Detry, B., & Castro, M. (1996). A Escala de Assertividade de Rathus: Versão Portuguesa. In L. Almeida, S. Araújo, M. Gonçalves, C. Machado & M. Simões (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 357–363). Braga: APPORT.
- Dias, J., & Silva, M. (2011). Vulnerabilidade ao stress no ensino superior. *Referência*, III Série, Suplemento, (2), 340.
- Dias, M. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência.
- Dias, M. (2008). *Programa de Promoção de Competências Pessoais e Sociais: um Estudo no Ensino Superior*. Tese de Doutoramento em Psicologia, apresentada ao Departamento de Ciências da Educação da Universidade Aveiro.

- Dias, M. (2010). Intervenção no Ensino Superior: promoção de competências com jovens adultos. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(2), 4–13.
- Díaz, J. (1994). Evaluación de la alexitimia a través del Rorschach: estudio en pacientes con artritis reumatoide juvenil. *Clínica y Salud*, 5(2), 195–208.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro - Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Dolhanty, J., & Greenberg, L. (2009). Emotion-Focused Therapy in a Case of Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 366–382.
- Duarte, C. & Bordin, I. (2000). Instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 55–58.
- Durlak, J., Weissberg, R., & Pachan, M. (2010). A meta-analysis of after-school programs that seek to promote personal and social skills in children and adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 45, 294–309.
- Dyche, L. (2007). Interpersonal Skill in Medicine: The Essential Partner of Verbal Communication. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 1035–1039.
- Edwards, D., Burnard, P., Bennett, K., & Hebden, U. (2010). A longitudinal study of stress and self-esteem in student nurses. *Nurse Education Today*, 30(1), 78–84.
- Edwards, N., Peterson, W., & Davies, B. (2006). Evaluation of a multiple component intervention to support the implementation of a 'Therapeutic Relationships' best practice guideline on nurses' communication skills. *Patient Education and Counseling*, 63, 3–11.
- Egan, G. (1994). *The skilled helper. A problem management approach to helping* (5^a ed.). Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Eisler, R., Hersen, M., Miller, P., & Blanchard, E. (1975). Situational determinants of assertive behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(3), 330–340.
- Eizaguerre, E., Cabezón, M., Apellaniz, I., & Méndez, A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17(1), 139–149.
- Eizaguirre, E. (2002). Alexitimia y relaciones de pareja. *Psicothema*, 14(4), 760–764.
- Ellis, A. (1995). Rational Emotive Behaviour Therapy. In R. Corsini, & D. Wedding, (Eds.), *Current Psychotherapies* (5^a ed., pp. 162–196). Itasca: IL Peacock.
- Eurostat (2005). *Key Data on Education 2005*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Eurostat (2007). *Key Data on Higher Education in Europe - 2007 edition*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Fachada, O. (1998). *Psicologia das relações interpessoais* (2^a ed., Vol. 1). Lisboa: Edições Rumo.
- Falcone, E. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, ABPMC*, 1, 23–32.

- Falcone, E. (2000). Habilidades sociais: Para além da assertividade. In R. Wielenska (Ed.), *Sobre comportamento e cognição: Questionando a ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos* (pp. 1–13). São Paulo: SET Editora Ltda.
- Falcone, E. (2001). Uma proposta de um sistema de classificação das habilidades sociais. In H. Guilhardi, M. Madi, P. Queiroz, & M. Scoz. (Eds.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade* (pp. 3–27). Santo André: Esetec.
- Falcone, E., Ferreira, M., Luz, R., Fernandez, C., Faria, C., D'Augustin, J., ... Pinho, V. (2008). Inventário de empatia (I.E.), desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 321–334.
- Faria, L., & Azevedo, A. (2004). Manifestações diferenciais do auto-conceito no fim do ensino secundário português. *Paidéia*, 14(29), 265–276.
- Faria, L., & Fontaine, A. (1990). Avaliação do conceito de si próprio de adolescentes: adaptação do SDQ I de Marsh à população portuguesa. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6, 97–105.
- Faria, L., & Fontaine, A. (1992). Estudo de adaptação do Self Description Questionnaire III (SDQ III) a estudantes universitários. *Psychologica*, 8, 41–49.
- Farrell, G. (1999). Aggression in clinical settings: nurses'views – a follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 532– 541.
- Fazenda, M., Carolino, M., Lopes, O., Ladeiro, R., Coelho, F., & Sousa, C. (1993). Estudo do modelo de Jean Watson. *Nursing*, 67(6), 9–15.
- Feiguine, R., Muliman, D., & Kinsman, R. (1982). Alexithymic asthmatics: age and alexithymia across the life span. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37 (3), 185–188.
- Feitosa, F., Matos, M., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2005). Suporte social, nível socioeconómico e ajustamento social e escolar de adolescentes portugueses. *Temas em Psicologia da SBP*, 13(2), 129–138.
- Fernandes, I. (2007). *Factores influenciadores da percepção dos comportamentos do cuidar dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Fernandes, N., & Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (2), 97–115.
- Fernández, V. (1999). Alexitimia. *Revista Elementos*, 3(5), 25–27.
- Ferreira, M. (2001). O relacionamento interpessoal – Um instrumento básico em enfermagem. *Servir*, 49(1), 8–11.
- Ferreira, M., Tavares, J., & Duarte, J. (2005). Construção do inventário de competências relacionais de Ajuda (ICRA). *d@es - docência e aprendizagem no ensino superior*. Acedido em http://www.dce.ua.pt/leies/daes/daes_artigos.htm.
- Ferreira, M., Tavares, J., & Duarte, J. (2006). Competências relacionais de ajuda nos Estudantes de Enfermagem. *Referência*, II.^a Série, 2, 51–62.
- Ferreira, P., & Anes, E. (2010). Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crónicos: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. *Doenças Crónicas*, 28(1), 31–39.

- Ferreira, P., & Marques, F. (1998). *Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Ferreira, S. (2005). O corpo e o silêncio das emoções – Estudo da alexitimia na anorexia nervosa. Tese de Doutoramento em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Finn, P., Martin, J., & Phil, R. (1987). Alexithymia in males at high genetic risk for alcoholism. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47(1), 18–21.
- Fonte, A., & Mota-Cardoso, R. (1995). Estudo das características psicométricas de duas escalas de avaliação da alexitimia: TAS e SSPSS-R. *Psiquiatria Clínica*, 16, 31–40.
- Fonte, J. (1993). *Alexitimia: estudo em doentes com perturbações digestivas*, Viana do Castelo: Lilly Farma.
- Frank, A., & Gunderson J. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: relationship to course and outcome. *Archives General Psychiatry*, 47, 228–236.
- Freire, L. (2010). Alexitimia: Dificuldade de Expressão ou Ausência de Sentimento?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 15–24.
- Freitas H., Brito, I., Carrageta, M., Leitão, M., Neves, M., Vidigueira, P., ... Pedroso, R. (2008). Caracterização dos Estudantes da ESEnC. Coimbra: ESEnC.
- Fritzen, S. (2009). *Relações Humanas Interpessoais: nas convivências grupais e comunitárias* (18ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Fuentes, M., García, J., Gracia, E., & Lila M. (2011). Self-concept and psychosocial adjustment in adolescence. *Psicothema*, 23(1), 7–12.
- Fukuniski, I., Kaji, N., Hosaka, T., Berger, D., & Rahe, R. (1997). Relationship of alexithymia and poor social support to ulcerative changes on gastrofibrescopy. *Psychosomatics*, 38(1), 20–26.
- Furnham, A. (1993). Communication in foreign lands: The cause, consequences and cures of culture shock. *Language, Culture and Curriculum*, 6, 91–109.
- Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais (2009). *Registo de Alunos Inscritos e Diplomados do Ensino Superior*. Acedido em <http://www.gpeari.mctes.pt/?idc=21&idi=507092>
- Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais (2011). *Diplomados no Ensino Superior [2000-2001 a 2008-2009]*. Lisboa: Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais.
- Gago, J., & Neto, D. (2001). Alexitimia e toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 7(3), 19–22.
- Garganta, R. (2000). *Caracterização do esforço e efeitos induzidos pela prática de actividades de academia na aptidão física e no auto-conceito físico*. Tese de Doutoramento em Ciências do Desporto apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

- Gecas, V. (1982). The self-concept. *Annual Review of Sociology*, 8, 1–33.
- Geffen G., Nilsson J., Quinn K., & Teng E. (1985). The effects of lesions of the corpus callosum on finger localisation. *Neuropsychologia*, 23, 497–514.
- Gerrard, B., Boniface, W., & Love, B. (1980). *Interpersonal skills for health professionals*. Reston Virginia: Reston Publishing Company.
- Goleman, D. (2000). *Inteligência emocional* (9ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Gomes, M., & Ribeiro, J. (2001). Relação entre o auto-conceito e bem-estar subjectivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronária. *Psicologia, saúde & Doenças*, 2(1), 35–45.
- Gomez, C., Eizaguirre, E., & Aresti, A. (1997). Alexitimia y características clínicas en abuso de opiáceos. *Revista Toxicodependências*, 3(2), 77–85.
- González, Á. (2001). *Diseño y evaluación de programas de educación emocional*. Barcelona: Cisspraxis.
- Gorostidi, X., Iturrioz, M., Erice, M., Lasa, M., Egileor, X., & Cascante, X. (2006). Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería. Evolución lo largo de diplomatura. *Enfermagem Clínica*, 16(5), 231–237.
- Green, C. (2002). Classics in the History of Psychology – William James (1890), *The Principles of Psychology*. Acedido em <http://psychclassics.yorku.ca/James/Principles/index.htm>.
- Grilo, A. (2010). Processos comunicacionais em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas: categorização e proposta de um treino individual de competências. Teses de Doutoramento em Psicologia da Saúde, apresentada à Faculdade de psicologia da Universidade de Lisboa.
- Guerra, M., & Lima, L. (2005). *Intervenção Psicológica em Grupos em Contextos de Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Guilbaud, O., Corcos, M., Chambry, J., Paterniti, S., Loas, G., & Jeammet, P. (2000). Alexithymie et dépression dans les troubles des conduites alimentaires = Alexithymia and depression in eating disorders. *Encéphale*, 26(5), 1–6.
- Guilbaud, O., Loas, G., Corcos, M., Speranza, M., Stéphan, P., Perez-Díaz, F., & Jeammet P. (2002). Alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain: valeur en population française et francophone. *Annales Médico-psychologiques*, 160(1), 77–85.
- Guimarães, L., & Yoshida, E. (2008). Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica: alexitimia e adaptação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 52–63.
- Gündel, H., López-Sala, A., Ceballos-Baumann, A., Deus, J., Cardoner, N., Marten-Mittag, B., ... Pujol, J. (2004). Alexithymia correlates with the size of the right anterior cingulate. *Psychosomatic Medicine*, 66, 132–140.
- Heiberg, A. (1978). A possible genetic contribution to the alexithymia trait. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 205–210.

- Helmes, E., McNeill, P., Holden, R., & Jackson, C. (2008). The construct of alexithymia: associations with defense mechanisms. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 318–331.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade*. Loures: Lusociência.
- Hill, M., & Hill, A. (2000). Investigação por questionário. Lisboa: Edições Sílabo.
- Horta, W. (1975). Os mitos da enfermagem. *Rev. Enferm. Nov. Dimens.* 1(2), 60–63.
- Hund, A., & Espelage, D. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse & Neglect*, 30, 393–407.
- International Test Commission (ITC) (1999/2003). *Adaptação portuguesa das Directrizes Internacionais para a utilização de testes*. Lisboa: Cegoc. [Comissão para a Adaptação Portuguesa: Abel Pires, António Menezes Rocha, Leandro Almeida, Maria João Afonso, Maria João Seabra Santos, Mário R. Simões & Rui Bártolo Ribeiro].
- Izard, C. (1977). *Human emotion*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. (2002). Translating emotion theory and research into preventive interventions. *Psychological Bulletin*, 128(5), 796–824.
- Izard, C. (2009). Emotion theory and research: highlights, unanswered questions and emerging issues. *The Annual Reviews of Psychology*, 60, 1–25.
- Jacob, S., & Hantkeete, M. (1999). L'alexithymie, présentation générale. *Annales Médico Psychologiques*, 157(3), 154–158.
- Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: Guia prático para a mudança positiva*. Porto: Edições ASA.
- Jardim, J. (2007). *Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais: estudo para a promoção do sucesso académico*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação, apresentada ao Departamento de Ciências da Educação da Universidade Aveiro.
- Jordan, J. V. (1997). Relational Development through mutual empathy. In A. Bohart, & L. Greenberg (Eds), *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy* (pp. 343–351). Washington: American Psychological Association.
- Kauhanen, J., Kaplan, G., Julkunen, J., Wilson T., & Salonen J. (1993). Social factors in alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 34(5), 330–335.
- Kérourac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). La pensée infirmière: conceptions e stratégies. Québec: Éditions Études Vivantes.

- Kestenbergh, C., Reis, M., Motta, W., Caldas, M., & Rodrigues, D. (2006). Cuidando do estudante e ensinando relações de cuidado de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 15, 193–200.
- Klakovich, M., & delaCruz, F. (2006). Validating the Interpersonal Communication Assessment Scale. *Journal of Professional Nursing*, 22(1), 60–67.
- Kooiman, C., Spinhoven, P., Trijsburg, R., & Rooijmansa, H. (1998). Perceived parental attitude, alexithymia and defence style in psychiatric outpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67(2), 81–87.
- Koponen, J., Pyorala, E., & Isotalus, P. (2010). Finnish medical students' perceptions of Theatre in Education method in learning interpersonal communication competence. *Medical Teacher*, 32, 346–349.
- Koponen, S., Taiminen, T., Honkalampi, K., Joukamaa, M., Viinamäki, H., Kurki, T., ... Tenovu, O. (2005). Alexithymia After Traumatic Brain Injury: Its Relation to Magnetic Resonance Imaging Findings and Psychiatric Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 67, 807–812.
- Kristal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 33(1), 17–31.
- Kristal, H., Giller, E., & Ciachetti, D. (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure. *Psychosomatic Medicine*, 48 (1–2), 84–93.
- Kruijver, I., Kerkstra, A., Francke, A., Bensing J., & Wiel, H. (2000). Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 39, 129–145.
- Krystal, H. (1997). Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 126–150.
- Kuczmierczyk, A., Labrum, A., & Johnson, C. (1995). The relationship between mood, somatization and alexithymia in premenstrual syndrome. *Psychosomatics*, 36(1), 26–32.
- Lane, R., & Schwartz, G. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to Psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144(2), 133–133.
- Lane, R., Sechrest, L., Riedel, R., Shapiro, D., & Kaszniak, A. (2000). Pervasive Emotion Recognition Deficit Common to Alexithymia and the Repressive Coping Style. *Psychosomatic Medicine*, 62(4), 492–501.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence - essai sur un attracteur étrange*. Paris: Les Editions de l'organisation.
- Le Boterf, G. (2002). *Développer la compétence des professionnels* (4^a ed.). Paris: Éditions d'Organisation.

- Lemos, M., & Meneses, H. (2002). A avaliação da competência social: Versão Portuguesa da forma para professores de SSRS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 267–274.
- Lesser, I. (1981). A Review of the Alexithymia Concept Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 43 (6), 531–543.
- Levant, R., Halter, M., Hayden E., & Williams, C. (2009). The Efficacy of Alexithymia Reduction Treatment: A Pilot Study. *Journal of Men's Studies*, 17(1), 75–84.
- Levenson, R. H. (1994). Human emotion: a functional view. In P. Ekman & R. Davidson (Eds.), *The nature of emotions: Fundamental questions* (pp. 123–126). New York: Oxford University Press.
- Liang, B., & West, J. (2011). Relational Health, Alexithymia, and Psychological Distress in College Women: Testing a Mediator Model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(2), 246–254.
- Lin, Y., Shiah, I., Chang, Y., Lai T., Wang, K., & Chou, K. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today*, 24, 656–665.
- Loas, G., Dhee-Perot, P., Chaperot, C., Fremaux, D., Gayant, C., & Boyer, P. (1998). Anhedonia, alexithymia and locus of control in unipolar depressive disorders. *Psychopathology*, 31(4), 206–212.
- Loas, G., Fremaux, D., & Marchand, M. (1995). Étude de la structure factorielle et de la cohérence interne de la version française de l'échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) chez un groupe de 183 sujets sains. *L'Encéphale*, 21(1), 117–122.
- Loas, G., Fremaux, D., Otmani, O., & Verrier, A. (1995). Prévalence de l'alexithymie en population générale: étude chez 183 sujets «tout venant» et chez 263 étudiants. *Annales Médico-Psychologique*, 153(5), 355–357.
- Loas, G., Fremaux, D., Otmani, O., Lecercle, C., & Jouvent, R. (2000). Relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics. *Psychiatry Research*, 96, 63–74.
- Loas, G., Otmani, O., Fremaux, D., Lecercle, C., Duflot, M. & Delahouse, J. (1996). Étude de la validité externe, de la fidélité et détermination des notes seuils des échelles d'alexithymie de Toronto (TAS et TAS-20) chez un groupe de malades alcooliques. *L'Encéphale*, 22(1), 35–40.
- Lobo, S., Trindade, I., & Teixeira, J. (1997). Alexitimia: aplicabilidade em psicologia da saúde. In J. L. Ribeiro (Ed.), *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 61–73). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Loft, A. (1994). Relações interpessoais. *Enfermagem em Foco*, 13, 56–63.
- Lopes, J., Rutherford, R., Cruz, M., Mathur, S., & Quinn, M. (2006). *Competências Sociais: aspectos comportamentais, emocionais e de aprendizagem*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

- Lopes, R. (2004a). *Consumo de álcool nos jovens – Estudo da influência das características psicológicas: Alexitimia, auto-conceito e locus de controlo*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Lopes, R. (2004b). Consumo de álcool nos jovens – estudo da influência das características psicológicas: alexitimia, auto-conceito e locus de controlo, *Arquivos de Psiquiatria*, 18, 64–74.
- Lopes, R. (2006a). Alexitimia e empatia – implicações para a prática de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 13, 37–43.
- Lopes, R. (2006b). O auto-conceito revisitado. *Psychologica*, 41, 317–327.
- Lopes, R. (2009). Alexitimia – um conceito a redescobrir. *Psiquiatria Clínica*, 30(3–4), 143–149.
- Lopes, R. (2011). Influences of alexithymia and assertiveness in the self-concept – study of women's situation in Portugal. *European Psychiatry*, 26(Supplement 1), 1669.
- Lopes, R., Azeredo, Z., & Rodrigues, R. (no prelo). Interpersonal Communication Assessment Scale: psychometric study of the Portuguese version. *Journal of Professional Nursing*.
- Lumley, M., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 519–530.
- Lumley, M., Tomakowsky, J., & Torosian, T. (1997). The relationship of alexithymia to subjective and biomedical measures of disease. *Psychosomatics*, 38(5), 497–502.
- Lunardi, V., Lunardi-Filho, W., & Borba, M. (1994). Como o enfermeiro utiliza o tempo de trabalho numa unidade de internação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 47 (1), 7–14.
- Maciel, M., & Yoshida, E. (2006). Avaliação de alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 43–54.
- Madeira, R., & Lopes, V. (2007). Necessidades de formação de enfermagem ao nível das competências relacionais e de continuidade de cuidados. In A. Rodrigues, C. Nascimento, L. Antunes, M. Mestrinho, M. Serra, R. Madeira, ... V. Lopes (Eds.), *Processos de formação na e para a prática de cuidados* (pp. 47–76). Loures: Lusociência.
- Magalhães, P., & Murta, S. (2003). Treinamento de habilidades sociais em estudantes de psicologia: em estudo pré-experimental. *Temas em Psicologia da SBP*, 11(1), 28–37.
- Maguire, M. (2004). Measuring the Outcomes of Career Guidance. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 2-3(4), 179–192.
- Marco, M., Vessoni, A., Capelo, A. & Dias, C. (2010). Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 14(32), 217–227.
- Marlatt, G., & Gordon, J. (1993). *Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Marriner, A. (1989). *Modelos y teorías de Enfermería*. Barcelona: Ediciones ROL s.a.
- Marsh H., & Young, A. (1999). The lability of psychological ratings: the Chameleon Effect in global self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(1), 49–64.
- Marsh, H. (1994). Using the national longitudinal study of 1988 to evaluate theoretical models of self-concept: The Self Description Questionnaire. *Journal Educational Psychology*, 86(3), 439–456.
- Marsh, H., & Hau, K. (2003). Big-fish-little-pond effect on academic self-concept. A cross-cultural (26-country) test of the negative effects of academically selective schools. *The American Psychologist*, 58(5), 364–376.
- Marsh, H., Gerlach, E., Trautwein, U., Ludtke, O., & Brettschneider, W. (2007). Longitudinal Study of Preadolescent Sport Self-Concept and Performance: Reciprocal Effects and Causal Ordering. *Child Development*, 78(6), 1640–1656.
- Marsh, H., Ludtke, O., Trautwein, U., & Morin, A. (2009). Classical Latent Profile Analysis of Academic Self-Concept Dimensions: Synergy of Person- and Variable-Centered Approaches to Theoretical Models of Self-Concept. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 16(2), 191–225.
- Martin, J., & Phil R. (1985). The Stress–Alexithymia Hypothesis: Theoretical and Empirical Considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43(4), 169–176.
- Martins, V. (2005). *Seja assertivo – como ser direto, objetivo e fazer o que tem de ser feito: como construir relacionamentos saudáveis usando a assertividade*. Rio de Janeiro: Elsevier
- Matilla, A., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J., Koivisto, A., Mielonen, R., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatisation in general population. *Psychosomatic Medicine*, 70, 716–722.
- Matos, M. (2008). Comunicação e gestão de conflitos na escola. In M. Matos (Ed.), *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 519–566). Lisboa: CDI/FMH. Acedido em www.fmh.utl.pt/.../Comunicacao.Gestao.de.conflitos.e.Saude_2005R.pdf
- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2000). Promoção de competências de relacionamento interpessoal nos jovens. In M. Matos, C. Simões & S. Carvalhosa (Eds.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social* (pp. 149–177). Lisboa: Instituto de Reinserção Social – Ministério da Justiça.
- Matoso, M. (2006). Supervisão de relações interpessoais em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 7, 53–56.
- McCartan, P., & Hargie, O. (2004). Assertiveness and caring: are they compatible? *Journal Clinical Nursing*, 13(6), 707–13.
- McDougall, J. (1982). Alexithymia: a Psychoanalytic Viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38(1–4), 81–90.
- McDougall, J. (1991). Reflections on affect: A psychoanalytic view of alexithymia. In J. McDougall (Ed.), *Theaters of the Mind: Ilusion and Truth on the Psychoanalytic Stage* (pp.147–180). New York: Brunner.

- McFall, R. P. (1982). A review and formulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1–33.
- McLean, P. D. (1949). Psychosomatic disease and the visceral brain. *Psychosomatic Medicine*, 11(6), 338–353.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633–642.
- Melo, R. (2005). Auto-conceito e desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: estudo com estudantes de enfermagem. *Referência*, II Série, 1, 63–71.
- Menzani, G. (2006). A sobrecarga de trabalho e a falta de tempo. In M. Silva (Ed.), *Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem* (2ª ed., pp. 151–158). São Paulo: Edições Loyola.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mok, E., & Chiu, P. (2004). Nurse–patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 475–483.
- Montésinos, A. (1997). Agressividade, violência e conflito no bloco operatório. *Enfermagem*, 6, 10–15.
- Moraes, L., Lopes, M., & Braga, V. (2006). Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta Paul Enferm*, 19(2), 228–233.
- Morais, A. (2002). Gestão de conflitos. *Nursing*, 172, 24–29.
- Moreno, J. (1975). *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix.
- Moriguchi, Y., Decety, J., Ohnishi, T., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., ... Komaki, G. (2007). Empathy and Judging Other's Pain: An fMRI Study of Alexithymia. *Cerebral Cortex*, 17, 2223–2234.
- Mota-Cardoso, R., Moura, L., Pais, A., & Veríssimo, R. (1986). Auto-conceito e as perturbações psicopatológicas de nível neurótico. *Psiquiatria clínica*, 7(3), 188–193.
- Mota-Cardoso, R., Veríssimo, R., Pais, A., & Moura, L. (1986). O Inventário Clínico de Auto-conceito de Vaz Serra e o Diferenciador Semântico de Osgood. *Psiquiatria clínica*, 7(4), 273–284.
- Murta, S. (2005). Aplicações do treinamento de habilidades sociais: análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 18(2), 283–291.
- Murta, S. (2007). Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: Lições de três décadas de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 20(1), 1–8.
- Nelis, D., Kotsou, I., Quoidbach, J., Hansenne, M., Weytens, F., Dupuis, P., & Mikolajczak, M. (2011). Increasing Emotional Competence Improves Psychological and Physical Well-Being, Social Relationships, and Employability. *Emotion*, 11(2), 354–366.
- Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic illness. A problem in communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18, 154–160.
- Neves, A., & Pais-Ribeiro, J. (2000). A influência do auto-conceito e da ansiedade na saúde de estudantes universitários. In J. Pais-Ribeiro, I. Leal & M. Dias (Eds.),

- Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas* (pp.67–88). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Neves, S. (2007). *Concepções pessoais de competência: Contributos para a construção e validação de um modelo compreensivo no contexto da realização escolar*. Tese de Doutoramento em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Neves, S., & Faria, L. (2009). Auto-conceito e auto-eficácia: semelhanças, diferenças, inter-relação e influências no rendimento académico. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 4, 206–218.
- Nichols, M. (2009). *The Lost Art of Listening: how learning to listen can improve relationships* (2ª ed.). New York: Guilford Press.
- Nishizawa, Y., Saito, M., Ogura, N., Kudo, S., Saito, K., & Hanaya, M. (2006). The non-verbal communication skills of nursing students: Analysis of interpersonal behavior using videotaped recordings in a 5-minute interaction with a simulated patient. *Japan Journal of Nursing Science*, 3, 15–22.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.
- Oliveira, D. (2008). Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Revista Enfermagem EERJ*, 16(4), 569–576.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidades dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual*. Lisboa: Grafinter.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Grafinter.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Matriz para análise dos planos de estudo dos CPLEE*. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/Matrizparaaanalise.aspx>
- Otero, J. R. (2000). Hipótesis etiológicas sobre la alexitimia. *Revista de Psicoanálisis*, 4, 52–65.
- Otmani, O., Loas, G., Lecercle, C., & Jouvent, R. (1999). Relations entre alexithymie et dépendance affective: etude comparative de 60 patients alcooliques et de 57 sujets contrôles. *L'Encéphale* 25(3), 244–251.
- Otmani, O., Loas, G., Lecercle, C., Duflot, M., & Jouvent, R. (1999). Relations entre alexithymie et dépendance affective: etude comparative chez un groupe de 144 étudins. *Annuaire Médico-Psychologique*, 157(1), 48–50.
- Paiva, A. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem – Uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.
- Palenzuela, D., Prieto, G., Barros, J., & Almeida, L. (1997). Una versión española de una batería de escalas de expectativas generalizadas de control (BEEGC). *Revista Portuguesa da Educação*, 10(1), 75–96.

- Palma, A., Lima, M., Bacelar, G., Gonçalves, M., & Ferreira, R. (1995). O cuidar profissional. *Servir*, 43(1), 4-4.
- Parker, J., Taylor, G., & Bagby, R. (1998). Alexithymia: relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 39(2), 91-8.
- Parker, P., Martin, A., & Marsh, H. (2008). Factors Predicting Life Satisfaction: A Process Model of Personality, Multidimensional Self-Concept, and Life Satisfaction. *Australian Journal of Guidance & Counselling*, 18(1), 15-29.
- Pearson, J. (1979). A factor analytic study of the itens in the Rathus Assertiveness Schedule and the Personal Report of Communication Apprehension. *Psychological Reports*, 54, 851-854.
- Pedroso, R., Neves, M., Freitas, H., Vidigueira, P., Amado, R., Carrageta, M., ... Brito, I. (2008). Características e contextos sociais dos estudantes de enfermagem. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(4), 397-404.
- Peixoto, L. (1999). *Auto-estima, inteligência e sucesso escolar (auto-conceito académico, aspiração-expectação académica, atitude face ao estudo e à ocupação)*. Braga: APPACDM Distrital de Braga.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvat Editores.
- Pérez-González, J. (2008). Propuesta para la evaluación de programas de educación socioemocional. *Education & Psychology*, 6(2), 523-546.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Phaneuf, M. (1995). *Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira*. Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinard, L., Negrete, J., Lawrence, A., & Nathalie A. (1996). Alexithymia in substance abusers: persistence and correlates of variance, *American Journal of Psychiatry*, 5(1), 32-39.
- Pinto, C., & Abreu, W. (2011a). A aprendizagem através das experiências clínicas. *Referência*, III Série, Suplemento, (2), 18.
- Pinto, C., & Abreu, W. (2011b). A transferabilidade do saber no ensino clínico de enfermagem. *Referência*, III Série, Suplemento, (1), 45.
- Pinto, J. (2010). *Gestão Pessoal da Carreira: Estudo de um Modelo de Intervenção Psicológica com Bolseiros de Investigação*. Tese de Doutoramento em Psicologia, apresentada à Escola de Psicologia da Universidade do Minho.
- Pizzinato, A., & Sarriera, J. C. (2003). Competência social infantil: análise discriminante entre crianças imigrantes e não imigrantes no contexto escolar de Porto Alegre. *Psicologia em Estudo*, 8(2), 115-122.
- Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (8ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Porter, B., & Sloan, R. (1989). Jean Watson: Filosofía y ciencia de los cuidados. In A. Marriner (Ed.), *Modelos y teorías de Enfermería* (pp. 140–147). Barcelona: Ediciones ROL s.a.
- Pouga, L., Berthoz, S., Gelder, B., & Grèzes, J. (2010). Individual differences in socioaffective skills influence the neural bases of fear processing: the case of alexithymia. *Human Brain Mapping*, 31(10), 1469–1481.
- Prazeres, N. (2000). Alexitimia: uma forma de sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 109–121.
- Prazeres, N., Parker, J., & Taylor, G. (2000). Adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (tas-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Y Evaluación Psicológica*, 9(1), 9–2.
- Prazeres, N., Taylor, G., & Parker, J. (2008). Escala de Alexitimia de Toronto de vinte itens (TAS-20). In L. Almeida, M. Simões, C. Machado, & M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (2ª ed., pp. 95–107). Coimbra: Quarteto.
- Puggina, A. (2006). Administrar o tempo pode mudar o jeito de dizer “bom dia”. In M. Silva (Ed.), *Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem* (2ª ed., pp. 19–28). São Paulo: Edições Loyola.
- Puggina, A., & Silva, M. (2005). A alteridade nas relações de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(5), 573–579.
- Queirós, A. (1999). *Empatia e respeito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ramírez, J. (1998). *Psicodrama: teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rathus, S. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behaviour. *Behavior Therapy*, 4(3), 398–406.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2006). *Establishing Therapeutic Relationships*. (rev. suppl.) Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Renaud, M. (2000). O encontro com o outro. *Pensar Enfermagem*, 4(2), 30–37.
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Rijo, D., Sousa, M., Lopes, J., Pereira, J., Vasconcelos, J., Mendonça, M., ... Massa, S. (2002). *G.P.S. Gerar percursos sociais – Programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamentos social desviante*. Ribeira Grande: Coingra.
- Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Roach, M. (1984). *Caring: the human mode of being, implications for Nursing*. Toronto: Faculty of Nursing,
- Rocha, V., Guerra, M., & Maciel, M. (2010). Dependência tabágica, assertividade e alexitimia em doentes cardíacos. *Paidéia*, 20(46), 155–164.

- Rodrigues, A., & Fernandes, L. (1996). A importância da comunicação numa equipa multidisciplinar. *Nursing*, 101, 8–11.
- Rodrigues, M. (1995). Estudo de um caso com aplicação do processo de enfermagem de Hildegard Peplau. *Divulgação*, 34(2), 34–44.
- Rogers, C. (1974). *Tornar-se pessoa* (2ª ed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Rua, M. (2009). *De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Tese de doutoramento em Ciências da Saúde apresentada ao Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro.
- Rua, M., Alarcão, I., & Abreu, W. (2011). Desenvolvimento de competências do estudante de enfermagem, em contexto de ensino clínico, à luz da perspectiva bioecológica. *Referência*, III Série, Suplemento, (2), 126.
- Rubia, J. (2005). Alexitimia, desviación psicopática y depresión. Un estudio en una población universitária. *Medicina Universitaria*, 28(7), 105–116.
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 10, 134–144.
- Safran, J., & Segal, Z. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Sahin, N., Batigun A., & Uzun, C. (2011). Anxiety disorder: a study on interpersonal style, self perception, and anger. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 12(2), 107–113.
- Saldaña, M., Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2002). A importância da teoria da aprendizagem social na constituição da área do treinamento de habilidades sociais. In H. Guilhardi, M. Madi, P. Queiroz & M. Scoz, (Eds.), *Sobre comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (pp. 269–283). Santo André: ESETec.
- Santos, A. (2009). Aprender a comunicar em enfermagem. Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho: 2679–2688.
- Santos, K., & Silva, M. (2003). Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros. *Revista da Escola Enfermagem USP*, 37(2), 97–108.
- Santos, M. (2000). A relação de ajuda na prática do cuidar em enfermagem, numa unidade de cuidados intensivos coronários. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 1, 51–60.
- Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1–2), 201–269.
- Shavelson, R., & Bolus, R. (1982). *The self-concept: interplay of theory and methods*. *Journal of Educational Psychology*, 74(1), 3–17.
- Shipko, S., Alvarez, W., & Noviello, N. (1983). Towards a teleological model of alexithymia: alexithymia and post-traumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 39(2), 122–126.

- Sifneos, P. (1973). The Prevalence of 'Alexithymic' Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy Psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.
- Silva, A., & Vasco, A. (2010). Alexitimia: que processos emocionais? Que intervenção terapêutica?. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, ... M. C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 675-680). Acedido em <http://www.actassnip2010.com>
- Silva, L., Brasil, V., Guimarães, H., Savonitti, B., & Silva, M. (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 8(4), 52-58.
- Silva, M. (2001). Percebendo o ser humano além da doença o não-verbal detectado pelo enfermeiro. *Nursing*, 41(4), 14-20.
- Silva, M. (2006). *Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem* (2ª ed.). São Paulo: Edições Loyola.
- Simeão, M. (1993). Análise do modelo conceptual de enfermagem de Jean Watson. *Servir*, 41(5), 260-270.
- Simões, M. (1997). Auto-conceito e desenvolvimento pessoal em contexto escolar. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 1-3, 195-210.
- Skaalvik, E., & Bong, M. (2003). Self-concept and self-efficacy revisited: A few notable differences and important similarities. In H. Marsh, R. Craven, & D. McInerney (Eds.), *International advances in self research* (pp. 67-89). Greenwich: Information Age Publishing.
- Skaalvik, E., & Skaalvik, S. (2006). Self-concept and self-efficacy in mathematics: Relation with mathematics motivation and achievement. *International Society of the Learning Sciences o Proceedings of the 7th International Conference on Learning Sciences*, pp. 709-715.
- Smith, R., & Montello, P. (1992). Investigation of interpersonal management training for educational administrators. *The Journal of Educational Research*, 85, 242-245.
- Stefanelli, M. (1993). *Comunicação com o paciente: teoria e ensino*. São Paulo: Robe.
- Stewart, M., Brown, J., Donner, A., McWhinney, I., Oates, J., Weston, W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49, 796-804.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em Enfermagem* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Tacon, A. (2001). Alexithymia: A challenge for mental health nursing practice. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(4), 229-235.
- Taylor, G., & Bagby, M. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 73(2), 68-77.
- Taylor, G., Bagby, M., & Parker, J. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.

- Taylor, G., Bagby, M., & Parker, J. (1999). *Disorder of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness* (2^a ed.). Cambridge: Cambridge University press.
- Taylor, G., Bagby, M., & Parker, J. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, 5(3), 277–283.
- Taylor, G., Bagby, M., Ryan, D., Parker, J., Doody, K., & Keefe, P. (1988). Criterion validity of Toronto Alexithymia Scale, *Psychosomatic Medicine*, 50, 500–509.
- Taylor, G., Parker, J., Bagby, M., & Bourke, M. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal Psychosomatic Research*, 41(6), 561–568.
- Taylor, G., Ryan, D., & Bagby, M. (1985). Toward the Development of a New Self-Report Alexithymia Scale, *Psychotherapy & Psychosomatics*, 44(4), 191–199.
- Ten-Houten, Walter, D., Hoppe, K., & Bogen, J. (1987). Alexithymia and the Split Brain: V. EEG Alpha-Band Interhemispheric Coherence Analysis: *Psychotherapy Psychosomatics*, 47(1), 1–10.
- Timmins. F., & McCabe, C. (2005a). How assertive are nurses in the workplace? A preliminary pilot study. *Journal of Nursing Management*, 13(1), 61–67.
- Timmins. F., & McCabe, C. (2005b). Nurses' and midwives' assertive behaviour in the workplace. *Journal of Advanced Nursing*, 51(1), 38–45.
- Torres, S., & Guerra, M. (2003). A construção de um instrumento de avaliação das emoções para a anorexia nervosa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 97–110.
- Trianes, M. (2002). *Estrés en la Infância: Su prevención y tratamiento*. Madrid: Narcea.
- Trower, P., Bryant, B., & Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. London: Methuen.
- Tselebis, A., Kosmas, E., Bratis, D., Moussas, G., Karkanias, A., Ilias, I., ... Tzanakis, N. (2010). Prevalence of alexithymia and its association with anxiety and depression in a sample of Greek chronic obstructive pulmonary disease (COPD) outpatients. *Annals of General Psychiatry*, 9(1), 16.
- Vagos, P. (2006). Assertividade e comportamento assertivo: a gestão do eu, tu, nós. Acedido em http://www2.dce.ua.pt/leies/daes/assertividade_Paula_Vagos.pdf.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2007). A versão portuguesa da escala de comportamento interpessoal: estudo preliminar. Acedido em http://www2.dce.ua.pt/leies/daes/escala_comportamento_interp.pdf.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. Silva & J. Pinto (Eds.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 101–128). Porto: Edições Afrontamento.
- Valdés, M., Jodar, I., Ojuel, J., & Sureda, B. (2001). Alexitimia e inteligencia verbal: un estudio psicométrico. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 29(5), 338–342.
- Valente, M. (2002). *Auto-conceito nos estudantes de enfermagem: Estudo da interacção entre a vinculação e variáveis sócio-demográficas no auto-conceito*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Vaz-Serra, A. (1986a). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria clínica*, 7(2), 57-66.
- Vaz-Serra, A. (1986b). O inventário clínico de auto-conceito. *Psiquiatria clínica*, 7(2), 67-84.
- Vaz-Serra, A. (1988a). Atribuição e auto-conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.
- Vaz-Serra, A. (1988b). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2(6), 101-110.
- Vaz-Serra, A., & Firmino, H. (1986). Relação entre auto-conceito e expectativas. *Psiquiatria clínica*, 7(2), 85-90.
- Vaz-Serra, A., & Pocinho, F. (2001). Auto-conceito, *coping* e ideias de suicídio. *Psiquiatria clínica*, 22(2), 9-21.
- Vaz-Serra, A., Antunes, R., & Firmino, H. (1986). O auto-conceito nos doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria clínica*, 7(2), 91-96.
- Vaz-Serra, A., Firmino, H., & Matos, A. (1987a). Influência das relações pais/filhos no auto-conceito. *Psiquiatria clínica*, 8(3), 137-141.
- Vaz-Serra, A., Firmino, H., & Matos, A. (1987b). O auto-conceito e locus de controlo. *Psiquiatria clínica*, 8(3), 143-146.
- Vaz-Serra, A., Firmino, H., & Ramalheira, C. (1988). Estratégias de *coping* e auto-conceito, *Psiquiatria clínica*, 9(4), 317-322.
- Vaz-Serra, A., Firmino, H., Barreiro, M., & Fael, I. (1989). O auto-conceito e solidão e comportamentos de lidar com estados de tensão. *Psiquiatria clínica*, 10(3), 157-164.
- Vaz-Serra, A., Gonçalves, S., & Firmino, H. (1986). Auto-conceito e ansiedade social. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 103-108.
- Vaz-Serra, A., Matos, A., & Gonçalves, S. (1986). O auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatria clínica*, 7(2), 96-101.
- Veríssimo, R. (2000). *Emoção. Da (não)expressão na saúde e na doença*, Porto, Edição do autor.
- Veríssimo, R. (2001a). To be aware of or else holding back emotions among inflammatory bowel disease patients: quality of life repercussions of some related aspects. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(1), 83-94.
- Veríssimo, R. (2001b). Versão portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20-itens- I, Adaptação linguística, validação semântica e estudo de fiabilidade. *Acta Médica Portuguesa*, 14, 529-539.
- Veríssimo, R. (2007). Alexithymia and health impact in fibromialgia. *Arquivos de Psiquiatria*, 4(2), 29-36.
- Veríssimo, R. (2008). Alexithymia, psychopathology and pain among patients with lumbago. *EACLP Abrascts/Journal of Psychosomatic Research*, 64, 635-680.
- Von Rad, M. (1984). Alexithymia and symptom formation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 42(1-4), 80-89.
- Watson, J. (2006). Impacto de la relación sanadora en la práctica de la Enfermería. *Revista ROL Enfermería*, 29(12), 806-812.

- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmática da Comunicação Humana* (9^a ed.). São Paulo: Cultrix.
- Wiethaeuper, D., Balbinotti, M., Pelisoli, C., & Barbosa, M. (2005). Estudos da consistência interna e fatorial confirmatório da Escala Toronto de Alexitimia-20 (ETA-20). *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 39(2), 221-230.
- Wylie, R. (1979). *The self-concept: theory and research on selected topics* (Vol. 2). Lincoln/London: University of Nebraska Press.
- Wylie, R. (1989). *Measures of self-concept*. Lincoln/London: University of Nebraska Press.
- Yahaya, A., & Ramli, J. (2009). The relationship between self-concept and communication skills towards academic achievement among secondary school students in Johor Bahru. *International Journal of Psychological Studies*, 1(2), 25-34.
- Yoshida, E. (2000). Toronto Alexithymia Scale - TAS: precisão e validade da versão em Português. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2(1), 59-74.
- Yoshida, E., & Silva, F. (2007). Escala de avaliação de sintomas-40 (EAS-40), validação e precisão em amostra não-clínica. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 2(1), 89-99.
- Zahradnik, M., Stewart, S., Marshall, G., Schell, T., & Jaycox, L. (2009). Anxiety sensitivity and aspects of alexithymia are independently and uniquely associated with posttraumatic distress. *Journal of Traumatic Stress*, 22(2), 131-138.
- Zeitlin, S., & McNally, R. (1993). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 658-660.
- Zeitlin, S., Lane, R., O'Leary, D., & Schrift, M. (1989). Interhemispheric transfer deficit and alexithymia. *American Journal of Psychiatry*, 146(11), 1434-1439.
- Zeitlin, S., McNally, R., & Cassiday, K. (1993). Alexithymia in victims of sexual assault: an effect of repeated traumatization?. *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 661-663.

ANEXOS

ANEXO 1 – INTERPERSONAL COMMUNICATION ASSESSMENT SCALE (ICAS)

INTERPERSONAL COMMUNICATION ASSESSMENT SCALE (ICAS)

(Klakovich & delaCruz, 2006)

In column 1 of this table are listed the interpersonal communication “behaviors” expected of nursing students.

In column 2, circle the number that best describes the level of effectiveness of the student’s interpersonal communication behavior, using the following scale: **1 = rarely, 2 = often, 3 = usually, 4 = almost always**

Column 1	Column 2
Interpersonal communication behaviors	Effectiveness
1. Gives clear instructions on how to manage health conditions.	1 2 3 4
2. Describes behaviors instead of making value judgements on the patient/family to provide information.	1 2 3 4
3. Encourages patient/family members to discuss reactions to care and treatments.	1 2 3 4
4. Provides referral for the patient, when necessary.	1 2 3 4
5. Asks specific questions to get details on a potential problem area.	1 2 3 4
6. Demonstrates behaviors (such as visual or physical contact) when communicating if appropriate to the situation and acceptable to the other person’s cultural background.	1 2 3 4
7. Asks for confirmation of own perceptions.	1 2 3 4
8. Mentions discrepancies in the information provided to patient/family during the interview.	1 2 3 4
9. Asks for clarification.	1 2 3 4
10. Detects inconsistencies between verbal and non-verbal communication.	1 2 3 4
11. Invites patient/family to explore information discrepancies.	1 2 3 4
12. Prepares patient/family for procedures by explaining the process and reasons before performing them.	1 2 3 4
13. Provides descriptive information, making general observations on the process, content and feelings.	1 2 3 4
14. Acknowledges patient’s and the family’s concerns as important.	1 2 3 4
15. Requires the presence of other health professionals when necessary.	1 2 3 4
16. Identifies emotional support needs of the patient/family member.	1 2 3 4
17. Teaches and promotes preventive care.	1 2 3 4
18. Explains different treatment options to patient/family.	1 2 3 4
19. Spends time with patient/family members to listen to their concerns and problems.	1 2 3 4
20. Questions patient’s decision not to adhere to treatment or discontinue it.	1 2 3 4
21. The facial expressions are related to the context of the conversation.	1 2 3 4
22. Maintains distance and space adequate to the other person’s cultural background while talking to the patient/family members.	1 2 3 4
23. Initiates a conversation with the patient/family member who is usually silent.	1 2 3 4

ANEXO 2 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS QUANTITATIVO

Caro/a estudante:

Rosa Cristina Correia Lopes, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, está a desenvolver uma investigação sobre “desenvolvimento de competências pessoais e sociais em estudantes de enfermagem e sua implicação nas competências relacionais em Enfermagem – concepção, implementação e avaliação de um programa de intervenção”, no âmbito do seu processo de Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

No contexto desta investigação solicito a sua colaboração no preenchimento deste instrumento de recolha de dados, sem o qual não será possível desenvolver esta investigação. Todas as suas respostas serão absolutamente anónimas e confidenciais.

É importante que responda de forma **atenta e sincera**, pois o essencial é conhecer o que pensa e/ou sente realmente, não existindo respostas correctas ou incorrectas. Por favor responda a todas as perguntas, colocando uma cruz ou um círculo na opção escolhida.

Muito obrigada pela sua colaboração

Coimbra, Outubro de 2009

Questionário Sociodemográfico e do Curso de Enfermagem

1. **Idade:** ____ anos
2. **Data de nascimento:** __/__/__
3. **Género:** Masculino ☐ Feminino ☐
4. **Naturalidade:** _____
5. **Estado civil:** Solteiro ☐ Casado/União de facto ☐ Divorciado ☐ Outro ☐
6. **Tem estatuto de trabalhador estudante?** Sim ☐ Não ☐
7. **Nota de acesso ao Ensino Superior:** _____
8. **No acesso ao Ensino Superior, o Curso de Enfermagem foi a sua:**
1ª Opção ☐ 2ª Opção ☐ 3ª Opção ☐ 4ª Opção ☐ 5ª Opção ☐ 6ª Opção ☐
9. **Caso não se aplique a questão anterior, o acesso ao Curso de Enfermagem foi por:**
Transferência de curso ☐ Concurso >23 anos ☐
10. **Profissão do pai:** _____
11. **Profissão da mãe:** _____
12. **Situação profissional do pai:**
Trabalhador por conta própria ☐ Trabalhador por conta de outrem ☐ Desempregado ☐ Reformado ☐
13. **Situação profissional da mãe:**
Trabalhador por conta própria ☐ Trabalhador por conta de outrem ☐ Desempregada ☐ Reformada ☐
14. **Escolaridade do pai:**
1º ciclo do Ens. Bás. (4ª classe) ☐ 2º ciclo do Ens. Bás. (2º ano do ciclo) ☐ 3º ciclo do Ens. Bás. (9º ano) ☐
Ensino Secundário (12º ano) ☐ Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐
15. **Escolaridade da mãe:**
1º ciclo do Ens. Bás. (4ª classe) ☐ 2º ciclo do Ens. Bás. (2º ano do ciclo) ☐ 3º ciclo do Ens. Bás. (9º ano) ☐
Ensino Secundário (12º ano) ☐ Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐
16. **Tem unidades curriculares em atraso:** Sim ☐ Não ☐ Se sim, quantas? ____
17. **Média de notas do 1º ano** _____

Inventário Clínico de Auto-Conceito (© A. Vaz Serra, 1985)

Instruções

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda de forma verdadeira, espontânea e rápida a cada uma delas. Ao dar a sua resposta considere, sobretudo, a *sua maneira de ser habitual* e não o seu estado de espírito de momento. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo ☐ aquela que pensa se lhe aplica de forma mais característica.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Sei que sou uma pessoa simpática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para realizar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Considero-me tolerante para com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Considero-me competente naquilo que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Após preencher a escala veja se respondeu a todas as questões. Não deixe nenhuma por responder!

Instruções

Indique em que medida as seguintes afirmações são características ou descritivas do seu comportamento.
Partindo da escala abaixo indicada atribua uma nota a cada afirmação.

- 5. Muito característica
- 4. Característica
- 3. Mais ou menos característica
- 2. Pouco característica
- 1. Muito pouco característica
- 0. Nada característica

1. Parece-me que a maior parte das pessoas são mais agressivas e defendem melhor os seus direitos do que eu.
2. Acontece-me, por timidez, hesitar na altura de marcar ou de ser convidado para um encontro.
3. Quando a comida num restaurante não me satisfaz queixo-me ao empregado ou empregada.
4. Tenho cuidado em não ferir os sentimentos dos outros mesmo quando sinto que eles me magoaram.
5. Se um vendedor teve muito trabalho para me mostrar um artigo que não me convém perfeitamente toma-se-me difícil dizer não.
6. Quando me pedem para fazer qualquer coisa insisto para saber a razão.
7. Há ocasiões em que procuro uma boa e vigorosa discussão.
8. Luto para, na minha profissão, me sair tão bem como os outros.
9. Para falar com franqueza, as pessoas tiram muitas vezes partido de mim.
10. Dá-me prazer estabelecer conversa com recém-conhecidos ou estranhos.
11. Muitas vezes não sei que dizer a pessoas atraentes do sexo oposto.
12. Hesitaria em telefonar para um grande estabelecimento comercial ou para uma administração.
13. Preferiria candidatar-me a um emprego por carta em vez de o fazer por uma entrevista pessoal.
14. Sinto-me embaraçado ao devolver uma mercadoria.
15. Se um familiar próximo e respeitado me aborrece eu escondo os meus sentimentos em vez de exprimir a minha má disposição.
16. Já me aconteceu evitar pôr questões com medo de parecer estúpido.
17. Durante uma discussão acesa tenho, muitas vezes, medo de ficar perturbado ao ponto de começar a tremer.
18. Se um conferencista famoso e conceituado diz qualquer coisa que eu acho inexacto, gostaria que o público ouvisse, também, o meu ponto de vista.
19. Evito discutir os preços com os representantes e vendedores.
20. Quando faço qualquer coisa importante e válido procuro que os outros tomem conhecimento disso.
21. Sou aberto e franco no que diz respeito aos meus sentimentos.
22. Se alguém espalhou histórias falsas e de mau gosto a meu respeito vou imediatamente procurá-lo para uma explicação.
23. Sinto muitas vezes dificuldade quando tenho de dizer não.
24. Tenho mais tendência a controlar as emoções do que a entrar em confronto.
25. Apresento queixas quando fico mal servido num restaurante ou noutro local.
26. Muitas vezes não sei que dizer quando me fazem um elogio.
27. No cinema, no teatro ou numa conferência se há duas pessoas perto de mim a falar em voz alta, peço-lhes que se calem ou mudem de lugar.
28. Alguém que tenta passar à frente numa bicha arrisca-se a ter que me dar uma boa explicação.
29. Sou rápido na expressão das minhas opiniões.
30. Há momentos em que não sei que dizer.

Escala de Assertividade de Rathus

Folha de respostas

1.	5	4	3	2	1	0
2.	5	4	3	2	1	0
3.	5	4	3	2	1	0
4.	5	4	3	2	1	0
5.	5	4	3	2	1	0
6.	5	4	3	2	1	0
7.	5	4	3	2	1	0
8.	5	4	3	2	1	0
9.	5	4	3	2	1	0
10.	5	4	3	2	1	0
11.	5	4	3	2	1	0
12.	5	4	3	2	1	0
13.	5	4	3	2	1	0
14.	5	4	3	2	1	0
15.	5	4	3	2	1	0
16.	5	4	3	2	1	0
17.	5	4	3	2	1	0
18.	5	4	3	2	1	0
19.	5	4	3	2	1	0
20.	5	4	3	2	1	0
21.	5	4	3	2	1	0
22.	5	4	3	2	1	0
23.	5	4	3	2	1	0
24.	5	4	3	2	1	0
25.	5	4	3	2	1	0
26.	5	4	3	2	1	0
27.	5	4	3	2	1	0
28.	5	4	3	2	1	0
29.	5	4	3	2	1	0
30.	5	4	3	2	1	0



Psicologia Médica

Amostra

Número

--	--

--	--	--

= Escala de Alexitimia de Toronto (TAS - 20) =

Instruções

Usando a escala como um guia, indique qual o grau de acordo ou de desacordo para cada uma das afirmações seguintes, marcando a preto o local apropriado. Assinale apenas uma resposta para cada afirmação.

Marque os círculos deste modo: ●
E não assim: ⊗ ⊙

Assinale a resposta que considere mais aproximadamente correcta.

	Desacordo total	Desacordo moderado	Sem opinião	Acordo moderado	Acordo total
1. Muitas vezes sinto-me confuso(a) em relação ao tipo de emoção que estou a sentir.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. É-me difícil encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos entendem.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Mais do que limitar-me a descrever os problemas, prefiro analisá-los.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Quando estou aborrecido(a), não sei se me sinto triste, se assustado(a), ou zangado(a).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Fico muitas vezes baralhado(a) com sensações que tenho no corpo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Prefiro muito simplesmente deixar que as coisas aconteçam na vez de estar a compreender porque é que se passaram assim.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tenho sentimentos que não sei identificar lá muito bem.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. É essencial manter contacto com as emoções.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Acho difícil descrever o que sinto sobre as pessoas.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Às vezes pedem-me para dizer mais o que sinto.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Não sei o que se passa cá dentro de mim.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Muitas vezes não sei porque estou zangado(a).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Prefiro mais falar com as pessoas sobre o seu dia-a-dia do que sobre os seus sentimentos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Prefiro ver programas "leves" que distraiam do que dramas psicológicos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. É-me difícil revelar os meus sentimentos mais íntimos, mesmo a amigos chegados.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Posso sentir-me próximo(a) de uma pessoa, mesmo em momentos de silêncio.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Acho que examinar os meus sentimentos é útil para resolver problemas pessoais.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Estar à procura de significados ocultos em filmes ou peças de teatro, impede a pessoa de se divertir.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Verifique por favor se respondeu a todas as questões

Obrigado!

ANEXO 3 – FICHA DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES RELACIONAIS



Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais para o êxito em Ensino Clínico

Guião de entrevista

- 1 - Que competências considera essenciais para a qualidade do Cuidar em Enfermagem
- 2 - Que características pessoais considera serem facilitadoras da competência de um enfermeiro
- 3 - Para que competências profissionais o Curso de Enfermagem o deveria habilitar
- 4 - Quais as características/competências pessoais que necessita dar uma atenção especial para ser um bom enfermeiro
- 5 - Quais as características/competências pessoais que necessita desenvolver para melhorar o seu bem-estar pessoal e social

ANEXO 4 – FICHA DE AVALIAÇÃO INICIAL E EXPECTATIVAS DO PROGRAMA



Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais para o êxito em Ensino Clínico

Ficha de avaliação inicial e expectativas do programa

Qual a sua motivação para aceitar participar neste programa

O que espera que ocorra neste programa

O que gostaria de ter mudado em si no final do programa de intervenção

O que gostaria de ter mudado no seu desempenho do cuidar em enfermagem no final do programa de intervenção

ANEXO 5 – FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO



Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais para o êxito em Ensino Clínico

Data __/__/__

Ficha de avaliação da sessão

O que aprendeu na sessão de hoje

O que considerou mais interessante

Qual a utilidade/interesse do tema no seu quotidiano (vida pessoal)

Qual a utilidade/interesse do tema no cuidar em Enfermagem (vida profissional)

Sugestões: _____

ANEXO 6 – FICHA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO PROGRAMA



Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais para o êxito em Ensino Clínico

Avaliação global do programa

		Mau	Medíocre	Suficiente	Bom	Muito bom
S	Ligação dos conteúdos das sessões com as situações reais (quotidiano)					
S	Dinâmicas/actividades utilizadas nas sessões					
S	Conhecimentos adquiridos					
S	Articulação entre componente teórica e as dinâmicas utilizadas					
M	Adequação das dinâmicas utilizadas para desenvolver as competências					
M	Adequação dos TPC					
R	Relacionamento entre os participantes					
R	Relacionamento entre eu e os outros					
R	Relacionamento entre professora/dinamizadora e participantes					
D	Competência da professora/dinamizadora					
D	Preparação científica da professora/dinamizadora					
E	Motivação para participar nas sessões					
E	Interesse nas sessões/conteúdos					
F	Adequação do espaço físico					
P	Adequação das temáticas/competências do programa					
P	Duração do programa					
P	Contributo do programa para a sua formação pessoal					
P	Contributo do programa para a sua formação em enfermagem					
P	Apreciação global do programa					
P	Consecução das expectativas					
C	Desenvolvimento da minha competência de comunicação					
C	Desenvolvimento da minha competência emocional					
C	Desenvolvimento da minha competência de escuta					
C	Desenvolvimento da minha competência de empatia					
C	Desenvolvimento da minha competência de cooperação					
C	Desenvolvimento da minha competência de assertividade					
C	Desenvolvimento das minhas competências em entrevista de enfermagem					
C	Desenvolvimento das minhas competências de relação de ajuda					

M - metodologia S - sessão R - relacionamento D - professora/dinamizadora F - espaço físico E - participação estudante P - programa C - competência

ANEXO 7 – INVENTÁRIO DE COMPETÊNCIAS RELACIONAIS E DE AJUDA (ICRA)

Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (Ferreira, Tavares e Duarte, 2005)

Instruções

O instrumento de colheita de dados, para o qual lhe pedimos a sua colaboração no preenchimento, é um questionário cujo objectivo principal é o de determinar a importância atribuída por si às competências relacionais de ajuda no contexto de trabalho.

Este estudo só terá interesse se quem colabora nele for honesto e criterioso, na forma como assinala até que ponto cada uma das competências descritas corresponde à forma como actua junto do utilizador dos cuidados de saúde.

Assim, indique o grau em que cada uma das afirmações descreve a sua condição como pessoa e como profissional de Enfermagem, colocando um círculo no algarismo correspondente. Os valores oscilam entre 1 (completamente em desacordo) e 7 (completamente de acordo). Não existem respostas certas ou erradas, apenas maneiras diferentes de praticar e entender a Enfermagem.

1. Completamente em desacordo
2. Moderadamente em desacordo
3. Ligeiramente em desacordo
4. Nem concordo nem discordo
5. Ligeiramente de acordo
6. Moderadamente de acordo
7. Completamente de acordo

1	A qualidade do trabalho que executo depende do conhecimento que tenho de mim próprio.	1	2	3	4	5	6	7
2	A qualidade do trabalho que executo passa pela capacidade que tenho em comunicar com o outro.	1	2	3	4	5	6	7
3	A sensibilidade intelectual e afectiva que possuo, ajuda-me a compreender e ser capaz de intervir no decurso de uma relação de ajuda.	1	2	3	4	5	6	7
4	Reconhecer as minhas características físicas, sociais, espirituais ajuda-me a tomar conhecimento das minhas limitações.	1	2	3	4	5	6	7
5	Como enfermeiro a minha ajuda ao outro é um processo dinâmico que evolui no tempo e no espaço.	1	2	3	4	5	6	7
6	Ao planificar os cuidados faço-o em função das prioridades fixadas depois destas serem aferidas e validadas com o próprio utilizador dos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
7	No decurso das intervenções de enfermagem apelo à colaboração do utilizador dos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
8	O toque permite-me aperceber do grau de satisfação ou de mal-estar do utilizador dos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
9	O toque para mim reveste-se de espontaneidade, intuição e conhecimento.	1	2	3	4	5	6	7
10	Selecciono adequadamente o momento em que a aproximação com o utilizador dos cuidados de saúde deve acontecer.	1	2	3	4	5	6	7
11	Ao comunicar com o utilizador dos cuidados de saúde atendo à distância física a manter como uma forma de comunicação.	1	2	3	4	5	6	7
12	Frequentemente utilizo a distância de carácter íntimo (45 cm) quando ajudo o utilizador dos cuidados de saúde nas actividades da vida diária.	1	2	3	4	5	6	7
13	Utilizo sobretudo a distância pessoal (45-125 cm) quando pretendo fazer uma observação cuidada do utilizador dos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5	6	7

14	Utilizo a distância social (120-210 cm) quando tenho dificuldade em estabelecer uma relação próxima com o utilizador dos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
15	Quando uso a distância pública (360-750 cm) as permutas só são possíveis se forem feitas em voz alta e assim a comunicação não verbal perde-se.	1	2	3	4	5	6	7
16	Quando adopto determinada distância na interacção com o utilizador dos cuidados de saúde respeito a sua origem sociocultural.	1	2	3	4	5	6	7
17	A distância que adopto com o utilizador dos cuidados de saúde é reveladora da importância que ele tem para mim.	1	2	3	4	5	6	7
18	A posição física que adopto no contacto com o utilizador dos cuidados de saúde pode ser reveladora da importância que ele tem para mim.	1	2	3	4	5	6	7
19	Quando entro em contacto com alguém o primeiro órgão dos sentidos que uso é o da visão.	1	2	3	4	5	6	7
20	Quando uso o olhar como forma de contacto, tenho bem claro o objectivo que pretendo.	1	2	3	4	5	6	7
21	Reconheço a minha habilidade em utilizar o sentido da visão tendo em conta os desconfortos que a ele podem estar associados.	1	2	3	4	5	6	7
22	Desenvolvo na minha prática a capacidade de compreensão do significado e valor dos dados percebidos e observados.	1	2	3	4	5	6	7
23	Quando observo distingo os factos reais das impressões subjectivas.	1	2	3	4	5	6	7
24	Tenho a capacidade de detectar quando o utilizador dos cuidados de saúde quer dirigir a minha atenção para aspectos secundários.	1	2	3	4	5	6	7
25	No processo de comunicação atendo às expressões não verbais, cuja riqueza pode ser maior que a linguagem verbal.	1	2	3	4	5	6	7
26	Quando escuto elimino tanto quanto possível qualquer preocupação pessoal procurando um estado de espírito calmo e sereno.	1	2	3	4	5	6	7
27	Em situação de escuta, adopto uma posição corporal de abertura.	1	2	3	4	5	6	7
28	Para que a escuta seja eficaz no processo de relação de ajuda, olho o utilizador dos cuidados de saúde na face sem contudo me fixar demasiado nos seus olhos.	1	2	3	4	5	6	7
29	No decurso da relação de ajuda, uso o silêncio como meio de comunicação com o utilizador dos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
30	Habitualmente vivo o silêncio de modo a que possibilite o emergir de emoções, facilitando a aproximação com o utilizador dos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
31	Uso a reprodução de palavras no decurso da relação de ajuda para parafrasear, resumir ou tornar evidente algum aspecto da comunicação.	1	2	3	4	5	6	7
32	Utilizo a reformulação para facilitar o acesso da pessoa com necessidade de ajuda às suas próprias emoções.	1	2	3	4	5	6	7
33	Re corro à elucidação para ajudar o utilizador dos cuidados de saúde a perceber as suas vivências na globalidade.	1	2	3	4	5	6	7
34	O uso da síntese permite-me realçar o que é essencial no conteúdo comunicado.	1	2	3	4	5	6	7
35	O uso da síntese permite-me verificar se retive o essencial da comunicação, convidando a pessoa com necessidade de ajuda a completar o conteúdo se houver necessidade.	1	2	3	4	5	6	7
36	O uso da síntese permite ao utilizador dos cuidados de saúde voltar àqueles momentos em que o conteúdo foi pouco claro ou sem sentido aparente.	1	2	3	4	5	6	7
37	A fim de evitar confusão, no processo de comunicação só uso o <i>feedback</i> para descrever um tipo de comportamento.	1	2	3	4	5	6	7

38	Na compreensão empática, procuro apreender os dados obtidos como sendo o próprio utilizador dos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
39	Faço sentir ao utilizador dos cuidados de saúde a importância que ele tem para mim.	1	2	3	4	5	6	7
40	Partilho com o utilizador dos cuidados de saúde algumas das minhas características gerais como uma atitude facilitadora da empatia.	1	2	3	4	5	6	7
41	Aceito a realidade do utilizador dos cuidados de saúde como sendo única.	1	2	3	4	5	6	7
42	Considero a autenticidade como uma das características presentes na pessoa emocionalmente sã.	1	2	3	4	5	6	7
43	Ao comunicar de forma autêntica, estou a servir de "modelo" junto ao utilizador dos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
44	O uso da especificidade leva o utilizador dos cuidados de saúde a reconhecer as suas emoções de forma precisa objectiva e concreta.	1	2	3	4	5	6	7
45	Ao utilizar a especificidade, faço com que o utilizador dos cuidados de saúde seja preciso na comunicação.	1	2	3	4	5	6	7
46	A imediaticidade visa ajudar o utilizador dos cuidados de saúde a reconhecer no "aqui e agora" as informações que lhe comunica o seu organismo.	1	2	3	4	5	6	7
47	Quando estou com o utilizador dos cuidados de saúde, os acontecimentos passados só devem ser considerados naquilo que afectam o cliente no presente momento.	1	2	3	4	5	6	7
48	Na confrontação coloco em relevo as contradições do comportamento e do discurso do utilizador dos cuidados de saúde, ajudando-o a clarificar a sua situação.	1	2	3	4	5	6	7
49	Só utilizo a confrontação quando tenho à-vontade com o utilizador dos cuidados de saúde de modo a que ele sinta que sou seu aliado.	1	2	3	4	5	6	7
50	Identifico com clareza os objectivos a atingir para que no momento da confrontação não misture os meus próprios objectivos.	1	2	3	4	5	6	7
51	Tenho presente que a confrontação não deve ser imposta ao utilizador, mas ser-lhe apresentada como tentativa para poder ajudá-lo a resolver os seus problemas.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 8 – VERSÃO PORTUGUESA DA INTERPERSONAL COMMUNICATION ASSESSMENT SCALE

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL (ICAS)

(Interpersonal Communication Assessment Scale)

Na coluna 1 da tabela estão listados os “comportamentos” de comunicação interpessoal que se esperam dos estudantes de enfermagem.

Na coluna 2, faça um círculo à volta do número que reflecte o nível de eficácia do comportamento de comunicação interpessoal do estudante, usando a seguinte escala:

1 = raramente, 2 = frequentemente, 3 = habitualmente, 4 = quase sempre

Coluna 1	Coluna 2
Comportamentos de comunicação interpessoal	Eficácia
1. Dá instruções claras sobre a gestão das condições de cuidados.	1 2 3 4
2. Descreve os comportamentos em vez de fazer juízos de valor sobre o doente/família para dar informações.	1 2 3 4
3. Incentiva o doente/membros da família a expressar sobre as reacções aos cuidados e tratamentos.	1 2 3 4
4. Providencia o encaminhamento do doente, quando necessário.	1 2 3 4
5. Coloca perguntas específicas para obter pormenores sobre uma potencial área-problema.	1 2 3 4
6. Revela comportamentos (como contacto visual, toque) quando comunica, se for adequado à situação e aceitável para a cultura de origem da outra pessoa.	1 2 3 4
7. Pede confirmação das suas próprias percepções.	1 2 3 4
8. Refere discrepâncias na informação fornecida pelo doente e família durante a entrevista.	1 2 3 4
9. Pede clarificação.	1 2 3 4
10. Detecta contradições entre a comunicação verbal e a não-verbal.	1 2 3 4
11. Convida o doente e família a explorar as discrepâncias na informação.	1 2 3 4
12. Prepara o doente/família para os procedimentos, explicando o processo e as suas razões antes de os efectuar.	1 2 3 4
13. Dá <i>feedback</i> indicando observações gerais do processo, do conteúdo e dos sentimentos.	1 2 3 4
14. Reconhece como importantes as preocupações do doente e da família.	1 2 3 4
15. Requer consulta de outros profissionais de saúde quando necessário.	1 2 3 4
16. Identifica necessidades de apoio emocional para o doente/membro da família.	1 2 3 4
17. Ensina e promove cuidados preventivos de saúde.	1 2 3 4
18. Explica ao doente/família as diferentes opções de tratamento.	1 2 3 4
19. Dedica tempo com o doente e membros da família para ouvir as suas preocupações e problemas.	1 2 3 4
20. Questiona a decisão do doente em não aderir ao tratamento ou interrompê-lo.	1 2 3 4
21. As expressões faciais interligam-se com o contexto da conversa.	1 2 3 4
22. Mantém a distância e o espaço adequado à cultura de origem da outra pessoa enquanto fala com o doente/membros da família.	1 2 3 4
23. Inicia uma conversa com o doente/membro da família que habitualmente está em silêncio.	1 2 3 4

ANEXO 9 – CONTRATO/COMPROMISSO DE PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA



Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais para o êxito em Ensino Clínico

Contrato de participação

1. _____ declara que aceita participar no Programa “Cuidar-se para Saber Cuidar” – intervenção para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais para o êxito em Ensino Clínico, assumindo a:

- a) presença em todas as sessões que constituem o referido programa (10 sessões).
- b) participação activa nas diversas actividades que compõem cada uma das sessões.

2. Rosa Cristina Correia Lopes, professora e dinamizadora do Programa “Cuidar-se para Saber Cuidar” compromete-se em:

- a) realizar as sessões (de grupo) que constituem o programa, afim de desenvolver as competências previstas no mesmo;
- b) entregar o certificado de participação no final da realização do programa.

O Participante

A Professora

Coimbra, ____ de Outubro de 2009

**ANEXO 10 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE – ENFERMAGEM (UICISA-E)**

COMISSÃO DE ÉTICA
da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem** (UICISA-E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (EEnfC)

Parecer Nº 14-12/2010

Título do Projecto: *Competências pessoais e sociais em estudantes de enfermagem: implicações da implementação de um programa de intervenção no saber fazer relacional*

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Rosa Cristina Correia Lopes

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relator(es): José Carlos Amado Martins

Parecer

Estudo *quasi-experimental*, que tem como objectivos centrais a caracterização de necessidades de estudantes relativas a desenvolvimento competências relacionais/interpessoais; desenvolvimento de auto e hetero-conhecimento, avaliação do programa de intervenção a planear com base nas necessidades identificadas e desenvolvimento de um dossier de competências, aplicável aos estudantes, que possa favorecer o seu desempenho em Ensino Clínico.

Critérios de inclusão/exclusão bem definidos.

Apresenta os Instrumentos de Colheita de Dados.

A confidencialidade é garantida em todo o processo. Existirá codificação dos instrumentos de colheita de dados, apenas do conhecimento do investigador.

Assume que não existirão riscos associados à investigação, apontando como potencial benefício o desenvolvimento de competências relacionais nos sujeitos da investigação.

A distribuição dos elementos pelos grupos controle e experimental será aleatória.

Face ao exposto, parece-nos que nada há a opor, em termos éticos, à realização do presente estudo.

O relator: José Carlos Amado Martins

Data: 5/01/2011 O Presidente da Comissão de Ética: Manuela Sousa



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM



ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM
DE COIMBRA

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR Portugal

